



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

#### **Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Qualidade de Vida do Cliente com Doença Bipolar**

**Almerinda de Jesus Espadanal Trinccheiras da Graça**

**2013**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

#### **Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Qualidade de Vida do Cliente com Doença Bipolar**

**Almerinda de Jesus Espadanal Trinccheiras da Graça**

**Orientador: Professor Malato**

**2013**



*Quando chega a noite e apago a luz....*

*... sei que fiz o melhor possível.*

*Diana Spencer*

*Princesa de Gales*

## **DEDICATÓRIA**

Ao Luís, meu filho, pelas ausências que sempre compreendeu, apesar dos seus apenas três anos de idade.

Ao João, meu marido, pelo apoio e amor incondicionais.

À minha coordenadora e à minha diretora, Sr.as Enf.as Isabel Rodrigues Gonçalves e Maria José Costa Dias respetivamente, pelo apoio e disponibilidade imprescindíveis à concretização deste percurso.

Ao Sr. Enf.º Especialista Carlos Monteiro, que tive o prazer de conhecer nesta caminhada, pela sua motivação para partilhar os seus conhecimentos.

Ao Sr. Enf.º Professor Domingos Malato, pela orientação prestada ao longo deste período.

## RESUMO

Este relatório pretende dar a conhecer ao leitor o percurso efetuado ao longo do estágio inserido no curso de mestrado de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Mais que a sua mera descrição, pretende-se refletir sobre as atividades desenvolvidas e na forma como estas contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista nesta área.

Neste contexto foi desenvolvido um projeto centrado na temática das intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na qualidade de vida da pessoa com doença bipolar, orientado pelo modelo conceptual de enfermagem de Betty Neuman. A problemática identificada partiu da pesquisa efetuada tendo permitido concluir que determinadas intervenções, nomeadamente as do âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista de saúde mental, têm impacto na perceção da qualidade de vida destes clientes, tendo-se definido como finalidade para este projeto: contribuir para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica nos cuidados prestados à pessoa com doença bipolar e sua qualidade de vida.

Este projeto foi desenvolvido no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca e consistiu na aplicação do questionário de qualidade de vida MOS SF-36 a um grupo de clientes na Unidade de Internamento antes da alta a quem foi implementada uma sessão de psicoeducação. Posteriormente, já na comunidade, durante o período de permanência na Unidade Comunitária do mesmo serviço, foi aplicado o mesmo instrumento de medição, tendo-se comparado os resultados das duas avaliações. Do tratamento estatístico efetuado não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os valores obtidos antes e depois da implementação da intervenção. No entanto, é de realçar a reduzida dimensão da amostra, o pouco tempo que mediou entre as duas avaliações e, relacionado com isso, o facto de se tratar de uma única sessão de psicoeducação. Comparando estes resultados com outros estudos realizados, o caminho parece apontar para a necessidade de

manutenção destas pessoas em programas ou grupos de intervenção, para que a continuidade das sessões, ao longo do tempo, permita uma efetiva melhoria da perceção da qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença bipolar, intervenções de enfermagem, qualidade de vida, SF-36.

## **ABSTRACT**

The main issue of this report is to show the author path during the mental health and psychiatric master specialization training. More than this, it is important to reflect about all the activities, and the way they have contributed as a form of skills development inherent to the mental health and psychiatric nurse specialist in this specific subject.

In this context a project was made focusing the mental health and psychiatric nursing interventions in the life quality of the bipolar disorder, according to Betty Neuman conceptual model. The identified problematic was born from the research done by the author, which was essential to deduce: some interventions, specially the ones from the mental health and psychiatric nurse specialist, have impact in the health perception clients of them life quality. The main goal of this project was: to contribute for the mental health and psychiatric nurse specialist skills development when taking care of a person/client diagnosis with bipolar disorder.

This project took place in Prof. Doutor Fernando Fonseca Hospital - Psychiatric Ward. Consisting from MOS SF-36 life quality questionnaire applied to a clients group from the internment ward before the clinical discharge to whom a psychoeducation session was made. After this, and back to the community, the same questionnaire was applied for a results analysis. In the basic statistics analysis there were not found any big differences before or after the health intervention. However, there are some facts to truly considered in this analysis as: the reduced sample, the few time passed between the two evaluations and the fact that was only one psychoeducation session done. Comparing this results with others studies, it is subjacent the need of keeping clients in intervention's programs and groups. As such, it is a belief the right path to improve life quality of these clients is the sessions continuity, during time.

Keys Word's: bipolar disorder, nursing interventions, life quality, SF – 36

## **SIGLAS**

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSA - Centro de Saúde da Amadora

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Enf.º/Enf.<sup>a</sup> – Enfermeiro/Enfermeira

HFF – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

Prof. – Professor

SF-36 - Medical Outcomes Study – Short Form 36

SPSS® - Statistical Package for the Social Sciences

Sr./Sr.<sup>a</sup> – Senhor/Senhora

WHOQOL – World Health Organization Quality Of Life



## ÍNDICE DE GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição dos Resultados Por Dimensão do Questionário SF-36V2.0 Antes da Intervenção de Enfermagem.....	50
Gráfico 2 – Distribuição dos Resultados Por Componente do Questionário SF-36V2.0 Antes da Intervenção de Enfermagem.....	50
Gráfico 3 – Comparação dos Resultados Por Dimensão do Questionário SF-36V2.0 Antes e Depois da Intervenção de Enfermagem .....	51
Ilustração 1 - Objetivos e Sua Avaliação.....	56
Ilustração 2 - O EEESMP Como Elo de Ligação Entre Cliente com Doença Psiquiátrica/Família e Comunidade.....	57

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	14
3. FINALIDADE E OBJETIVOS.....	18
4. METODOLOGIA.....	19
4.1. ASPETOS ÉTICOS .....	20
5. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	22
5.1. CONCEITO DE SAÚDE .....	22
5.1.1. Definição de Saúde Mental.....	23
5.2. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL.....	24
5.3. MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN .....	27
5.4. QUALIDADE DE VIDA.....	28
5.4.1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.....	29
5.4.2. Instrumentos de Medição da Qualidade de Vida .....	30
5.4.3. Medical Outcome Score – Short-Form 36 (SF-36) .....	32
5.5. DOENÇA BIPOLAR.....	33
6. DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS .....	36
6.1. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO .....	37
6.2. OBJETIVOS E ATIVIDADES .....	39
7. SÍNTESE FINAL.....	55
8. CONCLUSÃO .....	59
BIBLIOGRAFIA .....	61
ANEXOS E APÊNDICES .....	67
ANEXOS	
Anexo I - Questionário de estado de saúde - SF-36V2	
Anexo II – Autorização para a utilização da escala SF-36V2	
Anexo III – Modelo de consentimento livre e informado	
Anexo IV – Projeto enviado à Comissão de Ética para a Saúde	
APÊNDICES	
Apêndice I - Reflexão – <i>Insight</i>	
Apêndice II - Reflexão – Agressividade	
Apêndice III - Planeamento das intervenções de educação para a saúde	

Apêndice IV – Planeamento da sessão do grupo Prepare

Apêndice V - Reflexão – Terapia ocupacional

Apêndice VI - Reflexão – Encaminhamento da pessoa com doença mental

Apêndice VII - Reflexão – Envolvimento da família

Apêndice VIII – Processos de Enfermagem

Apêndice IX - Reflexão – Visitas domiciliárias

Apêndice X - Reflexão – Administração de injetáveis

Apêndice XI – Cartaz da ação de formação em serviço

Apêndice XII – Diapositivos utilizados na ação de formação em serviço

## 1. INTRODUÇÃO

Em Portugal, o exercício profissional de enfermagem remonta aos finais do Século XIX. No entanto, é a partir da segunda metade do Século passado que as competências exigidas sofreram evolução e, por isso mesmo, também o nível de formação académica e profissional, o que se tem traduzido numa prática progressivamente mais complexa, diferenciada e exigente. Atualmente, os enfermeiros são por isso, uma comunidade profissional de enorme relevo nos sistemas de saúde e na garantia do acesso a cuidados de saúde de qualidade por parte da população (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril)<sup>1</sup>.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no seu Artigo 4.º, refere-se à enfermagem como sendo

“A profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2012a, p. 15).

A nobreza, objetivo e exigência desta missão, condicionada pela evolução do conhecimento e da sociedade, obriga a uma aprendizagem constante e permanente por parte do enfermeiro, de forma a habilitá-lo para lidar com as mais variadas situações com que se depara no seu desempenho. Desenganem-se aqueles que ao escolherem esta profissão, entendam os seus conhecimentos como acabados ou suficientes. Aliado ao conhecimento científico, é também exigido um leque de saberes práticos, razão pela qual o ensino da profissão, desde sempre, tem privilegiado os saberes desta natureza, proporcionando, a cada momento, os necessários ensinamentos clínicos. Carvalho (2003), citada por RODRIGUES (2012) defende que “a formação em enfermagem só se concretiza quando, aos estudantes, são proporcionadas aprendizagens nos dois espaços formativos: a escola e as organizações de saúde (...) a fonte de alimentação da aprendizagem do estudante é o ensino clínico, é onde a teoria alimenta a prática e a prática é alimentada pela teoria” e

---

<sup>1</sup> Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto.

acrescenta ainda que o ensino clínico se assume, não só, como o momento privilegiado para a consolidação dos conhecimentos previamente adquiridos, mas também para a reflexão sobre as práticas (RODRIGUES, 2012, p. 3-4). No trabalho da mesma autora, também Queirós et al. (2000) citado por Pires et al. (2004) refere que, "...a educação centrada no aluno e no desenvolvimento da reflexão, na e sobre a ação, devem ser a pedra de toque que permitirá a mudança do currículo tradicional para um outro perspetivado para as novas realidades socioculturais do século XXI" (RODRIGUES, 2012, p. 5)

É assente nesta dinâmica de conhecimentos científicos e prática reflexiva que foi construído o percurso deste ensino clínico, visando a construção de uma identidade pessoal e profissional, o conhecimento e domínio das diversas habilidades e competências específicas da área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

No âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, é elaborado este relatório que tem como objetivo dar a conhecer ao leitor o percurso realizado ao longo do estágio tendo em vista a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica. Pretende-se assim, apresentar as atividades e saberes desenvolvidos ao longo da vivência clínica e, ao mesmo tempo, no processo de aquisição das competências estabelecidas para o EEESMP.

Para a concretização deste ensino clínico foi selecionado como local de estágio o Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. A escolha deste local, por combinar a vertente de internamento com a comunitária, pareceu o mais adequado para o desenvolvimento do projeto de aprendizagem e aquisição de competências sobre a temática da pessoa com doença bipolar e sua qualidade de vida, inicialmente definida. Este contexto permite a continuidade dos cuidados pós-alta, conhecer as metodologias de referenciação do internamento para a comunidade e vice-versa, obter aprendizagens em ambiente de internamento e ambiente comunitário, conhecer as alterações da qualidade de vida das pessoas com doença bipolar no internamento e pós-alta, nomeadamente depois da implementação de intervenções terapêuticas que visem a melhoria da perceção da qualidade de

vida. O local para o desenvolvimento deste ensino clínico e o tema escolhido, tem subjacente a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, definidas pela OE em 2010.<sup>2</sup>

Assim, nas páginas seguintes, encontraremos o relato das atividades conducentes ao desenvolvimento das competências referidas, desenvolvidas no Internamento de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca de 1 de outubro de 2012 a 19 de dezembro de 2012 e na sua Equipa Comunitária da Amadora, sediada no Centro de Saúde da Amadora de 2 de janeiro de 2013 a 15 de fevereiro de 2013.

No que à estrutura diz respeito, este relatório iniciar-se-á pela caracterização da problemática sobre o tema definido para o projeto deste estágio, seguir-se-á um enquadramento teórico sobre os temas e conceitos, após o que se passará, partindo dos objetivos definidos, à descrição das atividades desenvolvidas conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências previstas para o EEESMP.

Na apresentação e uniformização deste relatório, foram consideradas as orientações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e os normativos da Norma Portuguesa (NP-405-1, 2, 3 e 4), emanadas pelo Instituto Português da Qualidade.

---

<sup>2</sup> a) “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;  
b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;  
c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;  
d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2010, p. 3).

## 2. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A qualidade de vida, por se tratar de uma percepção, é necessariamente diferente de pessoa para pessoa e influenciada por múltiplos fatores. À partida, duas pessoas numa mesma situação podem perceber a sua qualidade de vida de forma diferente. No entanto, é reconhecido que a existência de doença traz alteração da percepção da qualidade de vida.

Uma pesquisa na base de dados científica EBSCO que incluía uma combinação das expressões *bipolar disorder*, *quality of life*, *literature review* e *SF-36*, remete-nos para um conjunto de artigos em que a temática da qualidade de vida dos clientes com doença bipolar é abordada.

De entre os vários trabalhos que abordam este tema, MICHALAK, Erin E.; TATHAM Lakshmi N. e LAM, Raymond W. fizeram em 2005 uma revisão dos estudos que abordaram a avaliação da qualidade de vida em pessoas com doença bipolar. A pesquisa bibliográfica inicialmente produziu 790 artigos ou resumos que após aplicação de critérios de inclusão, deixou um total final de 28 artigos tendo concluído que a maioria dos estudos identificados indicou que a qualidade de vida dos clientes com doença bipolar é marcadamente diminuída, mesmo em fase de estabilização da sua doença em que o humor se encontra eutímico.

Numa pesquisa efetuada sobre a literatura publicada de 1980 até dezembro de 2007, J. SANCHEZ-MORENO et al. (2008), utilizaram uma variedade de termos de busca para encontrar publicações relevantes que permitissem a revisão de artigos que relatassem resultados clinicamente significativos, sobre a funcionalidade e incapacidade de pessoas com doença bipolar. A partir desta revisão, determinaram que os portadores de doença bipolar apresentam maiores prejuízos na vida profissional, familiar e social. Concluíram ainda que intervenções farmacológicas e psicológicas adequadas, tais como a psicoterapia e a psicoeducação entre outras, podem melhorar o nível de funcionamento e reduzir a incapacidade em pessoas com doença bipolar.

Em 2008, foi publicado um artigo de GUTIÉRREZ-ROJAS et al. que compararam a qualidade de vida de pessoas com doença bipolar com a da

população em geral, e entre os doentes bipolares, para encontrar as variáveis demográficas e clínicas associadas a baixa qualidade de vida. Com base na pontuação das componentes mental e física da escala SF-36 concluíram existir uma “qualidade de vida física” mais baixa do que na população geral. A baixa “qualidade de vida mental” foi mais frequente entre os clientes com doença bipolar não-eutímicos que nos eutímicos. Os mesmos autores afirmam nas suas conclusões que entre as pessoas com doença bipolar, que experimentam menor qualidade de vida física e mental, mesmo num período eutímico, o controle dos sintomas depressivos, bem como a disponibilidade de apoio social pode melhorar o seu bem-estar.

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América por SHIPPEE ND et al. (2011) teve por objetivo comparar, a nível nacional, as características demográficas, a produtividade no trabalho, e as limitações pessoais entre as pessoas com diagnóstico de doença bipolar *versus* as pessoas com diagnóstico de doença depressiva unipolar e pessoas com sintomatologia depressiva, sem diagnóstico de doença bipolar ou unipolar. Em comparação com as pessoas com sintomatologia depressiva, mesmo aquelas que possuem diagnóstico de doença depressiva unipolar, existe maior proporção na população com doença bipolar de pessoas pobres, que vivem sozinhos e não casados. Além disso, encontraram na população com doença bipolar maiores taxas de desemprego, limitação social, cognitiva e no trabalho, do que na restante população deprimida. Os autores concluíram que as pessoas com doença bipolar são distintamente mais vulneráveis do que a restante população deprimida, com evidência de menos recursos pessoais, menor produtividade, menor empregabilidade e maiores limitações pessoais.

Também ISHAK WW et al. apresentaram em 2012 uma revisão da literatura relevante publicada até 2010 sobre as causas potenciais e dimensão do compromisso da qualidade de vida em clientes bipolares e o papel das intervenções de recuperação da qualidade de vida nesta população. De um total de 52 estudos inicialmente identificados, selecionaram 30 que abordam a avaliação da qualidade de vida da população adulta com doença bipolar. Três conclusões principais são destacadas: (1) as pessoas com doença bipolar têm compromisso da qualidade de vida relacionada com a saúde (conceito que se



abordará mais à frente neste relatório), em comparação com pessoas saudáveis e um impacto negativo variável em comparação com outras doenças crónicas, inclusive as psiquiátricas; (2) as co-morbilidades da doença bipolar têm um impacto multi-fatorial mais negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde e; (3) várias modalidades de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos têm um efeito positivo (ou não conclusivo) sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde em clientes bipolares. Em conclusão, os autores referem que a qualidade de vida relacionada com a saúde é significativamente prejudicada em pessoas com doença bipolar. Além disso, a presença de co-morbilidades mais prevalentes diminuem ainda mais a qualidade de vida relacionada com a saúde destas pessoas. Apesar desses fatores, esta revisão oferece uma esperança renovada: vários regimes de tratamento correlacionam-se com pontuações mais elevadas pós-intervenção na qualidade de vida relacionada com a saúde.

Este conjunto de artigos revela inequivocamente que a qualidade de vida relacionada com a saúde encontra-se diminuída entre as pessoas com doença bipolar, quer em comparação com outras doenças quer com a população em geral. Por outro lado, deixam antever que intervenções feitas junto destes clientes, que não só as farmacológicas, podem melhorar a sua perceção de qualidade de vida relacionada com a saúde.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, publicado pela Ordem dos Enfermeiros em 2011, “os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, recuperar e melhorar a saúde ajudando-o a recuperar a sua capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2011, p. 4). No mesmo documento,

“A enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental e do bem-estar (...) no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desadaptadas ou desajustadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, (...) no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental” (OE, 2011, p. 4).

Ao nível da intervenção não farmacológica, a enfermagem assume dentro das suas competências um papel preponderante o que em conjugação com os pressupostos anteriores, justifica a escolha da temática e dos objetivos delineados para este estágio, visando contribuir para a melhoria do estado de

saúde desta população, servindo como ponto de partida na promoção da aquisição e desenvolvimento das competências do EEESMP.

### 3. FINALIDADE E OBJETIVOS

O trajeto percorrido durante o ensino clínico que se pretende relatar e analisar neste documento, teve como ponto de partida um projeto subordinado à temática da pessoa com doença bipolar e sua qualidade de vida, cuja finalidade era contribuir para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica nos cuidados prestados à pessoa com doença bipolar e sua qualidade de vida. E, de acordo com esta finalidade, foram estabelecidos os seguintes objetivos tendo por base as competências deste enfermeiro especialista:

- Promover processos de autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- Experienciar o desenvolvimento de intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa com doença bipolar;
- Estabelecer relação terapêutica com a pessoa com doença bipolar;
- Realizar entrevistas de ajuda à pessoa com doença bipolar;
- Conhecer as alterações de qualidade de vida dos clientes com doença bipolar através da aplicação da escala de qualidade de vida da Medical Outcomes Study – Short Form 36 (SF-36);
- Implementar uma estratégia de intervenção terapêutica que vise a melhoria da qualidade de vida em clientes com doença bipolar.

Estes objetivos tal como referido resultaram do projeto delineado para este estágio e, apesar do especial enfoque na pessoa com doença bipolar foram extensíveis a todas as outras, independentemente da sua patologia mental que se apresentaram com necessidades de cuidados na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

## 4. METODOLOGIA

Ao nível da metodologia utilizada para responder à temática definida, *Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Qualidade de Vida do Cliente com Doença Bipolar*, a estratégia idealizada consistiu na elaboração de um estudo longitudinal prospectivo composto por três momentos:

1. Avaliar a perceção da qualidade de vida nas pessoas com doença bipolar no momento da sua alta clínica da Unidade de Internamento do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, através da aplicação do Questionário SF-36 na sua versão 2, cuja versão portuguesa utilizada neste ensino clínico encontra-se no Anexo I;
2. De seguida, implementar uma intervenção terapêutica que, no caso concreto, consistiu numa sessão de psicoeducação sobre o tema da adesão à terapêutica, realizada através de uma sessão suportada por diapositivos e posterior distribuição de um suporte tipo *flyer*. Para consulta do planeamento e recursos utilizados nesta apresentação, remeterei oportunamente neste relatório, para a leitura do respetivo Apêndice, uma vez que para simplificar, dediquei um Apêndice a todas as sessões de psicoeducação realizadas durante a permanência nesta Unidade de Internamento.
3. Posteriormente, já com o cliente inserido na comunidade após a sua alta hospitalar, e durante o tempo de estágio na vertente comunitária, foi aplicada a mesma escala, para finalmente comparar os resultados obtidos.

A amostra foi obtida por conveniência de entre os clientes com doença bipolar que no momento da alta desejaram participar voluntariamente neste estudo. Como critério de exclusão foi considerada a existência de défice cognitivo, previamente identificado no acompanhamento do problema de saúde do cliente.

Assim foi aplicado por meio de entrevista o questionário da perceção da qualidade de vida, a um total de sete indivíduos no momento da alta da

Unidade de Internamento do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, que cumpriam os critérios para inclusão no estudo. A reduzida amostra obtida, decorreu principalmente do tempo de duração do estágio naquela unidade, da conveniência e dos critérios de inclusão e exclusão inicialmente definidos. O tratamento dos valores obtidos foi feito de acordo com as recomendações do Prof. Pedro Lopes Ferreira, autor da validação para Portugal da escala SF-36, recorrendo-se então aos programas Excel<sup>®</sup> e SPSS<sup>®</sup> para tratamento e apresentação desses resultados. Na análise estatística, recorreu-se nomeadamente ao coeficiente de correlação de Pearson e ao teste estatístico *t* de *Student*.

Os resultados obtidos serão expostos e analisados em capítulo deste relatório dedicado às atividades desenvolvidas e respetiva discussão de resultados.

#### 4.1. ASPETOS ÉTICOS

FORTIN (1999) salienta os limites que não devem ser ultrapassados na perscusão do conhecimento, nomeadamente no que se refere ao respeito pela pessoa humana e á proteção pelo seu direito a viver livremente enquanto ser humano. “Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações” (FORTIN, 1999, p. 116).

Assim, foi assegurada a confidencialidade a todos os sujeitos que compuseram a amostra, a sua intimidade, anonimato dos dados recolhidos, a segurança e a sua dignidade. Neste âmbito não houve manipulação dos entrevistados, tendo estes sido informados do âmbito do estudo, procurando respeitar os seus direitos, o anonimato, a confidencialidade, esclarecendo todas as dúvidas e obtendo o respetivo consentimento assinado, livre e esclarecido.

Relacionados com as questões éticas, foram acautelados por escrito os seguintes aspetos:

1. Obtenção de autorização para utilização do questionário SF-36 V2 junto do autor da sua validação para Portugal (Anexo II);

2. Obtenção de consentimento informado, devidamente esclarecido, por escrito e assinado junto dos participantes, conforme modelo constante no Anexo III.
3. Envio do projeto de investigação à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, conforme as normas dessa comissão, para obtenção da respetiva autorização para a realização do estudo (Anexo IV).

## 5. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 5.1. CONCEITO DE SAÚDE

O conceito de saúde tem vindo a sofrer evolução ao longo dos séculos. A doença era entendida como um processo físico, com origem numa causa, que provoca uma perturbação, cujo tratamento incide sobre a fisiologia, com o objetivo de restaurar o normal funcionamento da pessoa doente. Este modelo, biomédico, tem a sua essência na crença que a cura ocorre com ou sem o conhecimento do doente, sendo puramente física e não afetada pelo seu estado emocional. Esta definição de saúde pela negativa, entendida como “ausência de doença”, deixou claramente de satisfazer os profissionais da área, por ser excessivamente redutora e não contemplar as componentes emocionais e sociais da saúde e da doença, especialmente se tivermos presentes que a maioria das pessoas deseja um estado de efetivo bem-estar e não apenas a ausência de doença ou a simples sobrevivência.

Com a criação da OMS, finda a Segunda Guerra Mundial, houve a preocupação de elaborar uma definição de saúde pela positiva, que passasse a incluir outros aspetos como a saúde mental e o bem-estar social, conceito incluído devido à devastação provocada pela guerra, apoiada pelo otimismo na paz mundial. Assim, em 1948, a OMS define saúde como um “completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade”, pondo fim ao modelo biomédico anterior e iniciando a era do modelo bio-psico-social. Este conceito de saúde rapidamente foi alvo de elogios, especialmente por definir saúde pela positiva ao mesmo tempo que assumia que as dimensões físicas, mentais e sociais não são separadas, mas aspetos de uma mesma realidade. Desta forma, saúde não é só ausência de doença, mas também um estado de bem-estar e funcionalidade o que implica que apenas a própria pessoa pode responder se é ou não saudável. As críticas também se fizeram ouvir, quer pela subjetividade do conceito, quer pela dificuldade na sua obtenção completa e avaliação.

Para responder às apreciações menos positivas dos críticos da definição, a própria OMS, em 1985, deixa cair a expressão “completo” introduzido o conceito de “objetivo a atingir” para toda a humanidade para que todos os indivíduos tenham um nível suficiente de saúde para poderem trabalhar e participar ativamente na comunidade a que pertencem. Cerca de um ano depois, o conceito foi alargado de forma a englobar a extensão em que o indivíduo ou grupo é capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e também de modificar e lidar com o meio que o envolve.

Esta visão deu abertura para o surgimento de modelos holísticos que estendem a prestação de cuidados de saúde a indivíduos, grupos e comunidades em que a pessoa constitui um todo biológico, social, psicológico, cultural, etc.

#### **5.1.1. Definição de Saúde Mental**

As questões que se relacionam com saúde e doença mental são complexas por afetarem a pessoa como um todo na sua individualidade e na sua relação com os outros e o ambiente. A abordagem da pessoa com doença mental, tem evoluído ao longo dos tempos, desde a exclusão e encarceramento até aos dias de hoje em que, apesar de alguns mitos e estigmas ainda enraizados na sociedade, surge uma visão mais holística com tendência para considerar a pessoa, a sua família e ambiente como tendo um papel ativo nos cuidados.

O Relatório Mundial da Saúde 2001 da OMS define perturbação mental e comportamental como sendo um conjunto de

“Condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento (...) continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida (OMS, 2001, p. 53).

o que deixa antever que a saúde mental depende de múltiplos fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa. Segundo MARTINS (2013)<sup>3</sup>, “deve envolver o homem no seu todo biopsicossocial, o contexto social em que está inserido assim como a fase de desenvolvimento em que se encontra”. A mesma autora,

---

<sup>3</sup> MARTINS, Maria da Conceição de Almeida. Factores de Risco Psicossociais para a Saúde Mental. [Em linha]. [Consult. em 13/04/2013]. Disponível em [www.ipv.pt/millennium/Millennium29/33](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium29/33).



ao referir-se a Fonseca (1985), afirma que se pode “considerar a saúde mental como um equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas: O seu meio interno e externo; as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares”. Assim,

“A saúde mental é um componente indissociável da saúde geral que reflete o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente. Não há saúde sem saúde mental. É um estado de bem-estar em que a pessoa aprecia a vida, realiza as suas capacidades, enfrenta o *stress* normal da vida (...). Neste sentido positivo, a saúde mental, é o fundamento quer para o bem-estar pessoal, quer para o funcionamento efetivo da comunidade (OE, 2011).

Os conceitos anteriores remetem para a necessidade de entender a saúde mental como um processo dinâmico de bem-estar, influenciável pelo ambiente e pelos múltiplos fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa, pela forma como ela reage e se adapta, permitindo-lhe manter o equilíbrio e um nível de funcionamento de forma a perseguir o seu projeto de vida.

## 5.2. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Os conceitos de enfermagem e de cuidar em enfermagem têm evoluído ao longo dos tempos, melhorados quer pelos avanços da ciência e do conhecimento, quer pelas necessidades e exigências sentidas pelos profissionais ou mesmo pelas expectativas dos clientes. Acompanhando esta evolução, também as diversas áreas da enfermagem evoluem, entre as quais se inclui a área da saúde mental e psiquiátrica. A história dos cuidados à pessoa com doença mental foi numa primeira fase da história da humanidade marcada sobretudo pela exclusão. A reabilitação e inclusão destas pessoas é um conceito recente, por oposição à segregação de que eram alvo, com a sua reclusão em instituições especialmente destinadas para esse efeito, onde estes doentes eram abandonados e escondidos do resto da sociedade.

Em Portugal, apenas após o terramoto de Lisboa de 1755, com a reconstrução do Hospital de Todos os Santos em 1763 foi pela primeira vez destinada uma enfermaria ao internamento dos “alienados” que, posteriormente foram transferidos para o Hospital de S. José em 1775. Estes fatos históricos elevaram pela primeira vez estas pessoas à condição de doentes, contrariando

o seu abandono e reclusão em locais especialmente destinados para o efeito, que mais se assemelhavam a prisões e que tinham por principal objetivo afastá-los do contato com os demais cidadãos. Em 1850, por insistência do Duque de Saldanha junto da Rainha D. Maria II, foi então construído o Hospital de Rilhafoles, o primeiro hospital português especialmente destinado a pessoas com doença mental. Este hospital, com uma capacidade de internamento de 300 pessoas, tinha como critérios de internamento (1) “os que por decência, ordem e segurança pública, são recolhidos por ordem da autoridade” e (2) “os que tendo perdido a razão podem ainda recuperá-la por meio de um tratamento adequado”. A equipa de saúde desta unidade era constituída por dois médicos, dois enfermeiros e vinte e quatro ajudantes. No entanto, apenas em 1892, altura em que a sobrelotação e a decadência do Hospital de Rilhafoles eram uma realidade, com a nomeação de Miguel Bombarda para seu diretor, é que esta unidade se transformou num verdadeiro hospital psiquiátrico, deixando de ser um “armazém de lunáticos”. Com a sua morte, este hospital sofreu novo declínio que só viria a recuperar em 1922 com a nomeação de Sobral Cid para seu diretor. Em 1911, por decreto do Governo, foram criadas novas unidades para internar estes doentes e definidas as funções dos enfermeiros destes hospitais, que passavam sobretudo pela vigilância, satisfação das necessidades e proporcionar ocupação a estes doentes. Inicia-se também pela primeira vez, a formação específica destes profissionais, num curso constituído por dois trimestres com aulas duas vezes por semana e que no final, após aprovação, concedia o diploma de “enfermeiro de alienados e neuropathas”. Em 1942, com a abertura do Hospital Júlio de Matos, o curso de enfermagem do Hospital Miguel Bombarda (antigo Rilhafoles), é para lá transferido. Outros centros de formação foram abrindo e o curso foi sendo remodelado no que diz respeito ao seu programa curricular, até que em 1968 estas escolas foram extintas e inaugurada a Escola de Enfermagem Psiquiátrica de Lisboa. Esta unidade possuía um corpo docente formado por enfermeiros, que assume a direção da escola, e pela primeira vez são enfermeiros os responsáveis pedagógicos pelo ensino de enfermagem psiquiátrica em Portugal, papel que até então pertencia apenas a médicos ou assistentes. Em 1974 passa a existir um único Curso Geral de Enfermagem. No entanto, apenas quatro anos depois, surge o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e

Psiquiátrica, que em 1992 com a criação dos Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, permite a equivalência a licenciatura. Atualmente o curso de enfermagem tem esse grau académico, permitindo posteriormente o acesso a mestrado e doutoramento. A especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica assume atualmente a forma de mestrado ou de curso de pós-licenciatura de especialização.

Nos nossos dias, a atribuição do título de EEESMP é feita pela OE nos termos do artigo 7º dos seus estatutos aos detentores do “título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização” (OE, 2012, p. 33), reconhecendo nesta área “a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2012, p. 33). Recorde-se que com a criação da OE em 1998 como associação de direito público, o Estado nela delegou os poderes de regulamentação e fiscalização do exercício profissional da Enfermagem em Portugal. Este organismo publica então em 2010 o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, já referidas na introdução deste relatório. No seu preâmbulo pode ler-se que “as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental” (OE, 2010, p. 1). Com a publicação pela OE em 2011 do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, é definido que esta especialidade tem por missão focar-se

“Na promoção da saúde mental e do bem-estar na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas (...) geradoras de sofrimento, alteração ou doença mental e no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental” (OE, 2011, p. 4).

No mesmo documento, “o enfermeiro especialista presta cuidados centrados no cliente (...) pessoa como ser único (...) vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões (...) e ser co--responsável em todo o processo de cuidados” (OE, 2011, p. 4).

Na sua prática clínica, o EEESMP mobiliza

“Um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos (...) níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (...). A especificidade da prática clínica (...) engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e socioeducacionais durante o processo de cuidar. (...) Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (OE, 2011, p. 1-2).

A consciência do enunciado destes dois documentos emanados pela OE deve constituir a visão do EEESMP e nortear o seu desempenho, numa ótica de cuidados de excelência, individualizados centrados no cliente.

### 5.3. MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

O modelo teórico de Betty Neuman foi desenvolvido nos anos setenta do século passado. Inicialmente, este Modelo foi desenvolvido num contexto curricular, nomeadamente na área de saúde mental, para dar resposta às necessidades dos alunos de enfermagem em pós-graduação, com a finalidade de os integrar nos problemas de enfermagem. O modelo teórico de Betty Neuman foi publicado pela primeira vez em 1972, na revista “Nursing Research” como “A Model for Teaching Total Person Approach to Patient Problems”. Nos dez anos seguintes aperfeiçoou alguns aspetos do seu modelo e preparou o seu livro “The Neuman Systems Model”, publicado em 1982. Em 1989, houve uma nova publicação, com inúmeros exemplos de aplicação ao currículo, à prática de enfermagem e à administração.

#### Segundo GEORGE (1993) Neuman

“Descreve o seu modelo como abrangente e dinâmico. O modelo é uma visão multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se acham em constante interação com estressores ambientais. Basicamente, o Modelo focaliza a reacção do cliente ao stress e os fatores de reconstituição ou adaptação. É considerado um modelo adequado, tanto para a Enfermagem quanto para todas as profissões de cuidados à saúde (...)” (GEORGE, 1993, p. 228).

O modelo teórico de Betty Neuman centraliza-se na pessoa como um ser total, tendo por base uma metodologia de permanente interação com o ambiente, que encara as perceções que as pessoas têm, face aos agentes que provoca

stress, podendo estes conduzir a um desequilíbrio ou a um crescimento. Assim, o modelo enfatiza uma visão holística, na qual a pessoa é vista como um organismo ativo, em constante interação com o ambiente. A enfermagem deverá fazer o estudo sistémico das características da pessoa, da família e comunidade, fazendo uma análise rigorosa e alargada das relações num determinado espaço e num período de tempo. É neste conceito de globalidade que o enfermeiro deve integrar a pessoa no estabelecimento de um plano de cuidados, negociado e aceite entre ambos.

A utilização deste modelo é então motivada não só por ter sido desenvolvido na área da saúde mental, mas pela ênfase que dá à visão holística da pessoa. Com efeito, a implementação de estratégias que visem a melhoria da perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde em pessoas com doença bipolar, carece de uma visão holística da pessoa, dos agentes a que está sujeita e do ambiente e comunidade em que está inserida.

#### 5.4. QUALIDADE DE VIDA

A expressão qualidade de vida foi utilizada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da “qualidade de vida” que proporcionam às pessoas”.

Na primeira metade do século XX, iniciou-se a análise objetiva do termo “qualidade de vida”, que no entanto teve uma abordagem puramente economicista, baseando-se nos indicadores sociais das pessoas tais como o rendimento *per capita*, os níveis de consumo, os sinais exteriores de riqueza, entre outros.

Atualmente a expressão qualidade de vida está amplamente difundida quer na literatura, quer na linguagem corrente e nos meios de comunicação, sem no entanto existir unanimidade em torno do seu verdadeiro significado. Para clarificar o conceito dentro de uma perspetiva genuinamente internacional a OMS desenvolveu um projeto internacional e multicêntrico, o WHOQOL Group, que definiu qualidade de vida como "a perceção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em

relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1994, 1995). Tal definição considera que o significado de qualidade de vida vai muito para além da sintomatologia e dos efeitos da doença no estado funcional do indivíduo, abrangendo a importância dos sistemas de significação cultural, dos valores e preferências pessoais, para a qualidade de vida subjetiva.

Partindo desta definição, ter qualidade de vida não é só um boa saúde física e mental mas, também, sentir-se bem consigo mesmo, com a sociedade e com o meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Deste modo, para se ter boa qualidade de vida, terá de se levar em linha de conta os aspetos sociais e ambientais tais como habitação, transportes, assistência médica, condições de trabalho, etc., e os aspetos individuais como o estilo de vida, hereditariedade, etc.

#### **5.4.1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**

Os conceitos de qualidade de vida foram inicialmente partilhados por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico das ciências ligadas à saúde trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de “*qualidade de vida*” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

Então, a avaliação da “*qualidade de vida*” foi acrescentada nos ensaios clínicos como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia e da segurança. A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos doentes que tinham a sobrevida aumentada com os novos tratamentos propostos, visto que, muitas vezes, na busca de acrescentar “anos à vida”, era deixada de lado a necessidade de acrescentar “vida aos anos”. Desta forma surge a preocupação com a qualidade de vida relacionada com a saúde, conceito que representa a *resposta subjetiva de um indivíduo, que avalia os efeitos físicos mentais e sociais da doença nas suas atividades de vida diária*. Este conceito, por ser

subjetivo, respeita o facto que o indivíduo pode obter satisfação pessoal e sensação de bem-estar independentemente das circunstâncias da sua vida.

Qualidade de vida relacionada com a saúde é assim mais específica que a qualidade de vida em geral, conceito que chega a ser utilizado quando se pretende fazer referência do estado de saúde, estado funcional ou qualidade de vida. O interesse pelo tema da qualidade de vida no seio da saúde deriva da mudança do paradigma do modelo biomédico que passou para um modelo bio-psico-social que estuda as determinantes e condicionantes multi-fatoriais do processo de saúde e de doença. Esta mudança de paradigma levou a entender a qualidade de vida das pessoas como um dos fatores que condiciona os resultados e que serve para orientar a criação dos objetivos nos vários setores de saúde.

#### **5.4.2. Instrumentos de Medição da Qualidade de Vida**

Houve, na última década, uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos, com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação a outras culturas. A aplicação transcultural através da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Alguns autores criticam a possibilidade do conceito de qualidade de vida poder estar ligado à cultura, ao passo que outros consideram que a qualidade de vida é independente da cultura, época ou país. Defendem que o importante é as pessoas sentirem-se bem psicologicamente, possuírem boas condições físicas, sentirem-se socialmente integradas e funcionalmente competentes.

Um instrumento que avalie a qualidade de vida mede o modo como as manifestações de doença e o seu tratamento são experimentados pelo próprio indivíduo, baseando-se na auto-avaliação acerca de sentimentos, atitudes e comportamentos. Vários destes instrumentos têm sido desenvolvidos e a sua importância na avaliação de aspetos relacionados com a experiência subjetiva de estar doente tornou-se reconhecida.

Os instrumentos mais utilizados são os questionários sob a forma de auto-aplicação ou de entrevista, parecendo não se encontrar diferenças



significativas nos resultados quando se comparam os dois métodos de aplicação. Este aspeto já não é verdade quando se compara respostas dadas pelo próprio, por familiares ou pessoas próximas, pois os questionários de auto-avaliação dão, de facto, a ênfase ao julgamento subjetivo do indivíduo, reconhecendo a diferença do ponto de vista entre os cuidadores e os indivíduos, o que põe em evidência que o estado de saúde por estes percecionado nem sempre corresponde aos dados que são fornecidos pelos parâmetros biomédicos utilizados na sua avaliação clínica. No caso de obtenção dos resultados por entrevista clínica, a habilidade do entrevistador é um aspeto importante, pois é essencial que se obtenha toda a informação pretendida, não influenciando, contudo, a resposta do entrevistado.

Os instrumentos atualmente em utilização baseiam-se na perceção que o indivíduo tem sobre o seu próprio estado de saúde, sendo devidamente validados, tentando ser o mais precisos e fiáveis possível.

Nos anos 70, foi criado um conjunto de medidas de resultados para serem utilizados nos serviços de saúde e na investigação. Surgiram assim instrumentos que tentavam avaliar populações em risco, outros dirigidos a problemas específicos como a saúde mental, tendo vindo a ser designados como medidas específicas. Estes instrumentos medem aspetos específicos de uma doença (asmáticos, diabéticos, etc.), de um grupo (jovens, idosos, grávidas, etc.), de uma função (sono, alimentação, sexo, etc.) ou de um problema específico (dor, incontinência, etc.) e têm como vantagem a avaliação direta de aspetos da qualidade de vida relacionada com a saúde relevante para a população em estudo.

Mais tarde surgiram instrumentos mais abrangentes que consideravam os aspetos físicos, mentais e sociais, chamados de medidas genéricas, que incluem indicadores, perfis de saúde e medidas de utilidade. Estes instrumentos têm a vantagem, até do ponto de vista político, de permitirem a comparação entre populações e servem para resumir um largo espectro de conceitos de saúde e qualidade de vida que podem ser aplicadas a variadas condições, deficiências, doentes e populações. Podem ainda ser aplicados em diversos tipos de doenças, intervenções ou tratamentos e ainda numa



variedade de subgrupos culturais e demográficos. Consistem em perfis de saúde e medida de utilidade.

Os perfis de saúde são instrumentos que tentam medir todos os aspetos importantes da qualidade de vida relacionada com a saúde, incluindo várias dimensões como a dimensão física (mobilidade, vitalidade, etc.), psicológica (comportamento, interação, comunicação, etc.), podendo ainda incluir aspetos como emprego, *hobbies*, lazer, etc. Estes perfis são úteis para estudar qualquer população, independentemente das suas condições, permitindo a comparação do impacto de vários programas de saúde.

#### 5.4.3. Medical Outcome Score – Short-Form 36 (SF-36)

De entre os perfis mais utilizados destaca-se o SF-36, traduzido, adaptado e validado em mais de 45 países, incluindo Portugal, sendo uma das medidas genéricas do estado de saúde mais utilizadas mundialmente.

Desenvolvido por John Ware, a partir de um Estudo dos Resultados Médicos (Medical Outcomes Study – MOS), representa as oito principais dimensões de saúde incluídas no MOS e é composto por trinta e seis itens.

Os trinta e seis itens do SF-36 distribuem-se por oito dimensões (**função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional, saúde mental**), mais um item de mudança de saúde, que não é considerado um domínio específico, mas que pretende quantificar a mudança na saúde em geral, de quem responde. As oito dimensões associam-se por sua vez, em duas grandes componentes: **Física e Mental**. Cada uma destas componentes agrupa quatro das dimensões referidas. A componente física engloba as dimensões **função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral**, enquanto a componente mental engloba **saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade**. As dimensões perceção geral de saúde e vitalidade contribuem em parte para as duas componentes do estado de saúde.

Outras escalas de medição da qualidade de vida existem e estão à disposição da comunidade científica. No entanto, esta foi a escolhida por ter sido traduzida e validada para a população portuguesa.

## 5.5. DOENÇA BIPOLAR

A Doença Bipolar é uma doença psiquiátrica caracterizada por variações acentuadas do humor, com crises repetidas de depressão e “mania”. Qualquer dos dois tipos de crise pode predominar numa mesma pessoa sendo a sua frequência bastante variável. As crises podem ser graves, moderadas ou leves. As viragens do humor, num sentido ou noutro têm importante repercussão nas sensações, nas emoções, nas ideias e no comportamento da pessoa. A pessoa pode estar em fase maníaca ou depressiva durante alguns dias, ou durante vários meses. Os períodos de estabilidade entre as crises podem durar dias, meses ou anos. O tratamento adequado encurta a duração das crises e pode preveni-las. Para algumas pessoas é mesmo possível prever as crises. Uma terão uma ou duas crises durante toda a vida, outras sofrem de repetidas recaídas em certas alturas do ano, especialmente se não forem tratadas. Há doentes que chegam a ultrapassar as quatro crises por ano.

Geralmente, após a crise, a pessoa volta a um estado de humor eutímico. No entanto, devido às consequências que as crises podem ter no plano individual, familiar e social a vida pessoal fica seriamente perturbada, restringindo de forma marcante a capacidade de adaptação e autonomia, pelo que, um tratamento adequado de forma a prevenir as oscilações do humor e as recaídas é essencial para prevenir os riscos associados a esta patologia. Não existe nenhum tratamento específico que elimine por completo a doença, daí recorrer-se aos estabilizadores do humor cuja ação terapêutica visa evitar as recaídas, tanto das crises de depressão como das crises de “mania”. Nas crises mais graves, pode não ser possível controlar a situação na comunidade pelo que o internamento hospitalar é por vezes necessário.

Existem fatores que predispõem para a doença, que pode surgir em qualquer altura, inclusive antes da adolescência, no entanto, o seu total conhecimento é ainda incompleto. Fatores biológicos e genéticos têm um papel fundamental entre as causas desta doença, mas o stress e a própria personalidade assumem, também, um papel relevante entre as principais causas.

A noção de doença mental, na opinião pública é, em geral, muito confusa e pouco correta. Verifica-se uma tendência para considerar negativamente as pessoas que sofrem de doenças psiquiátricas e é, frequente, a ideia de que as doenças mentais são qualitativamente diferentes das outras doenças. O conhecimento, mesmo que simplificado das características da doença bipolar, facilita a seu reconhecimento aos próprios doentes e aos outros, possibilitando uma maior ajuda a muitas pessoas que carecem de um tratamento adequado e de uma solidária compreensão humana.

O Relatório Mundial de Saúde da OMS publicado em 2001, especificamente dedicado à doença mental, no capítulo dedicado à prevalência destas doenças, refere-se à universalidade da perturbação mental, como afetando de igual modo as pessoas independentemente do sexo, nível social, país ou região onde vivam. PINI S. et al. publicaram em 2005 os resultados de uma revisão da literatura existente que abordasse a prevalência da doença bipolar nos países da Europa. A partir de 14 estudos provenientes de 10 países e, quando considerado todo o espectro da doença bipolar, apontaram para uma prevalência desta doença em 6% da população. Através de um projeto criado pela OMS dedicado à avaliação, classificação e epidemiologia das doenças do foro mental, o *World Mental Health Survey Initiative*, foi em 2011 publicado o primeiro grande estudo internacional de prevalência da doença bipolar. Pela primeira vez foram envolvidos 11 países de todo o mundo, incluindo da Europa, Américas e Ásia, que através do mesmo instrumento de avaliação e diagnóstico e a partir de uma amostra de 61392 adultos, estimaram uma prevalência média de 2,4% de doença bipolar a nível mundial ao longo da vida, variando este valor entre 0,1% e 4,4% nos diversos países envolvidos no estudo.

Em Portugal não existem estudos de prevalência pelo que não se sabe ao certo quantas pessoas sofrem de doença bipolar, até porque o seu diagnóstico não é imediato sendo muitos doentes numa fase inicial diagnosticados com doença depressiva e não como tendo uma característica bipolar. No entanto, extrapolando os estudos internacionais, é provável que a prevalência da

doença bipolar afete cerca de 1 a 4 adultos em cada 100, numa percentagem semelhante em ambos os sexos.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> FONTE: BERK et al. Guia para cuidadores de pessoas com doença bipolar. [Em linha] [Consult. Em 11/04/2013]. Disponível em [www.adeb.pt/sobre\\_adeb/publicacoes/guias/guias\\_pdf/GUIABIP\\_ABR2011.pdf](http://www.adeb.pt/sobre_adeb/publicacoes/guias/guias_pdf/GUIABIP_ABR2011.pdf).

## **6. DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS**

Para a aquisição e desenvolvimento das competências do EEESMP, previstas pela OE e anteriormente descritas neste documento, foi elaborado um documento orientador no qual constavam os objetivos e atividades a desenvolver ao longo do estágio. Esse documento foi elaborado de acordo com a metodologia de projeto, considerando que um projeto é um esforço temporário e exclusivo, empreendido para criar um produto, serviço ou resultado, tornando-se uma visão antecipadora do real, que tenta dar resposta a uma inquietação inicial. No entanto não é uma antecipação inocente, está recheada de motivações, interesses e desejos de realização, o que coloca a pessoa como principal ator daquilo que pessoalmente antevê concretizar. Um projeto consiste numa ação de projeção, partindo de um desejo, algo muito pessoal, que se passa para o exterior, possibilitando através da ação a sua materialização (PIRES, 1995).

A metodologia de projeto tem significado neste contexto pois, na sua essência, tem por base a análise de um problema identificado e a implementação de intervenções que levem à sua eficaz resolução. Esta metodologia de pesquisa, análise e resolução de problemas é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência, tendo como finalidade centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirir capacidades, competências e características pessoais pela sua elaboração e concretização em situação real. Assim, esta metodologia possui características essenciais como a intencionalidade (pressupõe um objetivo que dá sentido as atividades), iniciativa e autonomia (daqueles que realizam o projeto que se tornam responsáveis pelas escolhas ao longo das fases), autenticidade (porque foca um problema real), complexidade e incerteza, e tem um carácter prolongado e faseado.

Nas páginas seguintes, encontraremos a caraterização dos locais onde ocorreu o ensino clínico objeto deste relatório e, posteriormente, o relato das atividades desenvolvidas com vista à concretização dos objetivos definidos no seu projeto.

## 6.1.CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Tal como referido, o estágio realizado no âmbito do plano de estudos, foi realizado de 01 de outubro de 2012 a 15 de fevereiro de 2013, no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, nas suas duas vertentes, o internamento e a comunitária, por se considerar que, exatamente por reunir estas duas características, seria adequado à prossecução dos objetivos inicialmente delineados. Também, para ir de encontro a esses mesmos objetivos, foi decidido iniciar o estágio pelo internamento e, só depois, passar pela vertente comunitária. Por outro lado, a escolha desta temática, o projeto elaborado e os objetivos e estratégias definidas, possibilitando o contato com a pessoa com doença mental em internamento e inserida na comunidade, permitiria contribuir para colmatar as lacunas próprias enquanto enfermeira sem experiência na área da saúde mental.

Por um período de sete semanas, de 01 outubro de 2012 a 18 de dezembro de 2012, foi selecionada a Unidade de Internamento daquele serviço, sediada no próprio Hospital. Esta unidade tem vinte e nove camas e uma equipa de quatro psiquiatras (cada um deles ligado a uma das equipas comunitárias), dezasseis enfermeiros, três dos quais EEESMP e uma terapeuta ocupacional. Como missão, esta unidade, existe para assegurar a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento dos clientes com doença mental, bem como a reabilitação e a reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental, aspetos que vão de encontro aos valores definidos pela OE, para a área da saúde mental. Existe também no serviço de urgência deste Hospital, um médico psiquiatra, que faz a avaliação clínica dos clientes que ali recorrem, fazendo a necessária triagem que permita o encaminhamento para a unidade de internamento ou para a equipa comunitária da área de residência. Neste serviço de internamento, para além da terapêutica farmacológica com recurso nomeadamente a psicofármacos, o cliente pode ainda ser submetido a terapêutica por eletroconvulsivoterapia, e outras intervenções não farmacológicas como as do âmbito da terapia ocupacional, da psicoeducação, da psicoterapêutica, da socioterapêutica e psicossocial. A alta do cliente nesta

unidade é preparada com a família e em articulação com a equipa comunitária do centro de saúde da sua área de residência, local onde a grande maioria destes clientes encontra uma resposta ajustada, inserido na sua comunidade, através destas equipas que, funcionalmente, fazem parte deste serviço de psiquiatria.

As sete semanas seguintes, de 02 de janeiro a 15 de fevereiro de 2013, foram passadas no Centro de Saúde da Amadora, integrada numa das equipas comunitárias a que me referi e que se encontra lá sediada. Esta equipa é constituída por três psiquiatras, duas enfermeiras, uma das quais EEESMP, uma psicóloga e uma assistente social. De acordo com a sua missão e valores, esta unidade oferece:

- Intervenções de acordo com as necessidades específicas de cada cliente;
- Acessibilidade e contacto próximo com os doentes psiquiátricos graves;
- Intervenções precoces, pedagógicas ou reabilitativas;
- Inserção social dos clientes, trabalhando com as famílias e com estruturas comunitárias;
- Articulação com os Cuidados de Saúde Primários;
- Cooperação com estruturas comunitárias (Câmaras Municipais da Amadora e de Sintra e Instituições Particulares de Solidariedade Social).

A equipa comunitária do Centro de Saúde da Amadora criou recentemente um grupo terapêutico que denominou de “Prepare” (Programa de Educação Para a Recuperação), destinado a pessoas com doença bipolar da sua área de influência. Este grupo tem como objetivos, entre outros, ajudar as pessoas com doença bipolar a estabelecer objetivos pessoalmente significativos nos quais se empenhem, transmitir informação sobre a doença, ajudar a pessoa a desenvolver competências para reduzir as recaídas, lidar com o *stress* e gerir a sintomatologia e auxiliar no desenvolvimento ou melhoria dos seus suportes naturais para lidar com a doença e prosseguir com os seus objetivos pessoais. Para o cumprimento desta missão, realizam sessões quinzenais com a duração de cerca de quarenta e cinco minutos, sempre à quinta-feira pelas 15:00 horas, realizadas pela EEESMP da equipa comunitária que, fomentando o ambiente

de partilha, promove processos de autoconhecimento e de mudança entre os seus membros.

Existe ainda uma outra estrutura de reabilitação comunitária, o espaço@com, dirigida a clientes referenciados por qualquer uma das equipas do serviço a funcionar no Centro de Saúde da Damaia e Queluz/Massamá. A sua equipa é composta por uma psiquiatra coordenadora, uma terapeuta ocupacional e uma técnica de psicomotricidade.

Todas as equipas comunitárias, semanalmente à quarta-feira, reúnem-se com a equipa do internamento no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, com o objetivo de discutirem os casos clínicos e mutuamente referenciarem entre si os clientes ao seu cuidado.

## 6.2.OBJETIVOS E ATIVIDADES

A concretização do primeiro objetivo; ***Promover processos de autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro***, assentou em diversos contributos provenientes duma prática reflexiva que foi sendo desenvolvida ao longo de todo o estágio, algumas delas escritas, para cuja leitura remeterei oportunamente ao longo deste relatório.

Tal com refere SANTOS (2009), “a utilização de enquadramentos para a reflexão usados de modo sistemático e continuado nos ensinamentos clínicos (...) têm expressão positiva no processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional”. A mesma autora, referindo-se aos trabalhos de Lerbert (1993, 2005) e Swallow (2006), reforça a importância da atitude reflexiva que enquanto “construção de conhecimento (...), é também um processo de construção identitária no domínio da complexidade enquanto “construção de si”, afirmando na continuação que “a reflexão e a prática reflexiva têm vindo a constituir componentes essenciais para o desenvolvimento da enfermagem podendo ajudar os enfermeiros a “crescer” nos planos profissional e pessoal” (SANTOS, 2009, p. 98, 111).

Estes trabalhos fundamentam a importância da prática reflexiva enquanto contributo não só para a aprendizagem e desenvolvimento de competências mas também para a tomada de consciência do próprio, contribuindo



significativamente para ajudar no crescimento profissional e pessoal. A reflexão enquanto atitude voluntária e intencional mantém em aberto a possibilidade de mudar, quer em termos de conhecimentos e crenças quer em termos pessoais (SANTOS, 2009).

Neste contexto, não posso deixar de me referir a algumas das situações com que me deparei ao longo de todo o estágio que, pela reflexão proporcionada, foram promotoras do meu autoconhecimento. De entre elas destacaria duas em particular: O caso de uma cliente de 37 anos a quem tive a oportunidade de realizar a entrevista de acolhimento no internamento do Serviço de Psiquiatria, sobretudo pela reflexão que me proporcionou nomeadamente no que diz respeito quer à influência do ambiente quer ao seu *insight* para a doença. E um episódio de agressividade contra um dos membros da equipa de enfermagem iniciado por um dos clientes internados no mesmo serviço. Melhor que descrever cada uma das situações e os pensamentos que em mim suscitaram, remeto para a leitura dos *Apêndices I e II* respetivamente.

Face ao exposto, apesar de pautar tanto a minha vida pessoal como profissional com uma atitude reflexiva considero que o desenvolvimento deste objetivo representou um contributo importante para o meu desempenho ao longo deste estágio, bem como para a necessária aquisição e desenvolvimento das competências do EEESMP previstas no respetivo Regulamento de Competências Específicas da OE. Acredito ainda, que a atitude reflexiva deve ser uma prática constante do desempenho, que contribui de forma relevante para a sua elevação.

***Experienciar com supervisão o desenvolvimento de intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa com doença bipolar***, era o segundo objetivo definido no projeto deste ensino clínico. A leitura e posterior análise reflexiva da bibliografia complementaram do ponto de vista teórico os conhecimentos adquiridos em sala de aula. Associadas a esta pesquisa, foram sendo feitas consultas aos processos clínicos dos clientes tanto no internamento como no ambulatório, nomeadamente no que diz respeito aos registos de enfermagem. Esta consulta possibilitou um melhor conhecimento e posterior domínio não só

da linguagem técnica bem como no que respeita à implementação dos processos de enfermagem que acompanhadas da pesquisa bibliográfica permitiram sobretudo aprendizagens no que diz respeito à identificação de necessidades das pessoas com doença do foro mental, levantamento dos diagnósticos de enfermagem, implementação de intervenções terapêuticas e avaliação dos resultados. Mantive subjacente o modelo teórico de Betty Neuman, ao considerar a pessoa como um ser total inserido no meio ambiente e sujeito à influência de fatores extra, inter e intrapessoais, que podem ou não provocar desequilíbrio na sequência da forma como ela reage e se adapta. Pelos princípios enunciados, considero que este modelo revela uma adequação significativa à área da saúde mental nomeadamente por considerar a pessoa como um todo, pela relevância que dá ao ambiente e os fenómenos do impacto de vários fatores, reação provocada e adaptação conseguida. Também não posso deixar de referir a disponibilidade de toda a equipa de enfermagem, de onde destaco os orientadores, na partilha dos conhecimentos, esclarecimento de dúvidas e *feedbacks* proporcionados ao meu desempenho. Durante a permanência na unidade de internamento, a participação nas reuniões de passagem de turno foram igualmente produtivas pela reflexão, partilha e discussão gerada em torno do planeamento dos cuidados para cada um dos clientes internados, constituindo para mim verdadeiros momentos de formação e prestação de cuidados de enfermagem especializados. Na mesma lógica, sobretudo ao longo do estágio na equipa comunitária, a participação nas reuniões de serviço realizadas à quarta-feira, dia em que as várias equipas comunitárias se reúnem no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca com a equipa do internamento para discutir e referenciar entre elas os clientes, foram pelas mesmas razões, consideravelmente produtivas. Tal como afirma ABREU (2001), “o enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio” (ABREU, 2001, p. 105).

Na sequência deste objetivo e das intervenções definidas para o concretizar, tive oportunidade de realizar durante a permanência na unidade de internamento três sessões de educação destinadas a clientes internados, que abordaram a adoção de estilos de vida saudáveis. As três sessões a que me

refiro abordaram os temas “Adesão ao Regime Terapêutico”, Atividade Física” e “Alimentação Saudável”, indo ao encontro do Regulamento das Competências Específicas do EEESMP, no que diz respeito à prestação de “cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, (...) mobilizando o contexto e dinâmica individual, (...) de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2010, p. 3), competências que tive a oportunidade de desenvolver com a realização das referidas sessões. Estas sessões foram planeadas após a necessária identificação da sua necessidade e realizadas no serviço, em grupo, através de uma apresentação suportada por diapositivos e posterior distribuição de um suporte tipo *flyer*. Esta atividade, desde o seu planeamento à avaliação, foi realizada sob supervisão do Sr. Enf.º orientador. O planeamento destas intervenções, recursos utilizados e reflexão sobre elas produzidas podem ser encontrados no *Apêndice III*. Da mesma forma, durante a permanência na equipa comunitária do Centro de Saúde da Amadora, tive oportunidade de experienciar o meu desempenho ao nível das dinâmicas de grupo, assumindo sob supervisão da Sr.ª Enf.ª orientadora, o papel de terapeuta numa das sessões do grupo “Prepare”, que se subordinou à temática da “Adesão ao Tratamento”. Apesar do tema estar previamente agendado, à semelhança de todos os outros para este grupo de pessoas com doença bipolar, a sessão foi planeada e alvo de reflexão constantes no *Apêndice IV*.

De uma forma geral, considero que estas sessões foram produtivas em todos os sentidos. Para mim, por permitirem desenvolver as minhas competências, indo de encontro ao objetivo definido inicialmente, por sua vez enquadrado no Regulamento das Competências Específicas do EEESMP, por consolidarem a confiança dos clientes em mim e na restante equipa, ao mesmo tempo que me levaram a aprofundar conhecimentos sobre as temáticas abordadas. Para os clientes, pela atenção e receptividade demonstradas, pela pertinência das questões que colocaram e pelo *feedback* obtido através do seu comportamento e participação. Por todas estas razões, ao que se soma os sentimentos de motivação que em mim criaram, associado ao *feedback* dos colegas que assistiram, foi extremamente gratificante a realização destas sessões.

Dentro da descrição das atividades desenvolvidas para alcançar este objetivo, durante a permanência no internamento, tive oportunidade ainda de participar ativamente numa sessão de terapia ocupacional, planeada e desenvolvida pela terapeuta ocupacional do serviço. Esta sessão foi para mim importante por se tratar da primeira em que participei. Para além de permitir a observação das técnicas utilizadas e do comportamento dos clientes, foi gratificante a aceitação que tive por parte dos clientes e profissionais e, da reflexão do meu desempenho, surgiram elaborações que me permitiram um ganho de autoconfiança para a realização das que posteriormente realizei sob a minha responsabilidade, as quais foram anteriormente descritas. A reflexão a que me refiro, que tentei colocar por escrito, pode ser encontrada no *Apêndice V*.

Os dois objetivos seguintes, ***estabelecer relação terapêutica com a pessoa com doença bipolar e realizar entrevistas de ajuda à pessoa com doença bipolar***, acabam por estar interligados e visam à semelhança do anterior, uma componente mais prática do desempenho dentro do papel do EEESMP. Apesar da definição dos objetivos se centrarem na pessoa com doença bipolar, as entrevistas de ajuda e as relações terapêuticas foram estabelecidas com outros clientes com quem tive contato ao longo do estágio.

Na concretização destes objetivos, a pesquisa bibliográfica e posterior reflexão e a observação e discussão dos desempenhos dos orientadores de estágio foram fundamentais, sobretudo numa fase inicial.

A relação de ajuda é a essência do cuidar sendo uma das dimensões mais importantes da enfermagem. A afirmação da competência profissional passa por uma prática centrada nesta relação pois, a

“Implantação alargada da relação de ajuda nos cuidados (...) supõe uma mudança de perspectiva a nível da percepção da identidade e da própria enfermagem, sendo a enfermeira imbuída da importância do seu papel autónomo (...) favorece a criação do clima de compreensão (...) o fornecimento de apoio de que a pessoa tem necessidade (...) permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma.” (PHANEUF, 2005, p. 323, 324).

Também segundo a OE, uma relação terapêutica

“Promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2012b, p. 10).

Também CHALIFOUR (2008) define esta relação como uma “uma interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda” (CHALIFOUR, 2008, p. 33). Para o sucesso desta interação, o papel assumido pelo enfermeiro é fundamental, uma vez que

“É essencial que tenha elevados conhecimentos e consciência de si-mesmo, com a finalidade de discernir o mais distintamente possível o que é que esta relação suscita em si, de que maneiras as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos.” (CHALIFOUR, 2008, p. 23)

No contexto da relação, a comunicação assume um papel fundamental, havendo mesmo quem defenda que as competências do enfermeiro nesta área influenciam a recuperação do cliente. Na comunicação é importante distinguirmos as suas duas vertentes A **verbal**, constituída pelas trocas quando se usam as palavras, que dão sentido ao que se quer exprimir, sejam opiniões, informações, sentimentos ou emoções. As palavras, permitem então, entrar em contato e criar relações. Por sua vez, a comunicação **não-verbal**, é uma troca sem palavras que cobre o espectro das expressões corporais que acompanham e suportam a comunicação verbal e contribuem para o seu significado. Sem estar organizada em função de um código preciso, esta linguagem é em si mesma, de maneira intencional, portadora de sentido (PHANEUF, 2005). Ainda segundo esta autora, o enfermeiro quando está em interação, deve exprimir-se de maneira a ser compreendido e fazer aceitar o que quer transmitir, ao mesmo tempo que deverá ser capaz de respeitar todas as pessoas doentes, quaisquer que seja o seu estado ou a sua pertença social (PHANEUF, 2005).

Assim considero que a relação assume um papel fundamental nos cuidados de enfermagem, nomeadamente nos cuidados especializados em saúde mental, cuja “especificidade na prática clínica (...) engloba a excelência relacional” (OE, 2011, p. 2). Assim, a comunicação e a relação de ajuda não são somente uma

escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão essencial da qualidade dos cuidados (PHANEUF, 2005).

A relação estabelecida permite assim reconhecer a pessoa como ser individual em interação com o ambiente, deixando espaço para a mobilização dos seus próprios recursos, de modo a enfrentar o desequilíbrio que agora atravessa, assumindo um papel de parceria no processo terapêutico.

De entre as várias atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área, conducentes à concretização do objetivo, gostaria de começar pela participação e realização da entrevista inicial de acolhimento, feita a todos os clientes admitidos no serviço de internamento, por considerar ser um momento único quer para o conhecimento mútuo, quer para o levantamento das necessidades individuais e elaboração do respetivo plano de cuidados, quer para alicerçar uma relação terapêutica. Este primeiro contato torna-se fundamental no estabelecimento da “relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa” de forma a promover os “projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (...) ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação” (OE, 2012b, p. 10-11).

Neste âmbito, procurei utilizar estes princípios da relação terapêutica nas entrevistas que tive oportunidade de realizar. Reconheço a importância da comunicação no estabelecimento da relação terapêutica e desta como vetor dos cuidados de enfermagem, considerando-os competências fulcrais para o EEESMP, considerando que “o enfermeiro estabelece relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais” (OE, 2012c, p. 18).

Desta forma, pude realizar entrevistas de acolhimento a clientes admitidos no serviço, procurando criar um clima de confiança durante aquele momento único de interação, procurando conseguir um

“Encontro formal ao longo do qual aquele que ajuda e aquele que é ajudado entram em contacto pela primeira vez com o objectivo de se conhecer, de clarificar um pedido de ajuda, de determinar os serviços mais adequados para lhe responder e, de acordo com a situação, permitir ao interveniente oferecer ajuda ou orientar o cliente para o recurso apropriado.” (CHALIFOUR, 2008, p. 82).

Baseada nos princípios enunciados, durante a permanência no Centro de Saúde da Amadora, realizei entrevistas a pessoas com doença mental,

nomeadamente, as iniciais, de acolhimento à equipa e as de triagem. Para as entrevistas de triagem são encaminhadas as pessoas enviadas pelo médico de família ou pela urgência hospitalar quando não têm critério de internamento, cabendo um importante papel à enfermeira na tomada de decisão, nomeadamente na identificação de situações de crise com necessidade de encaminhamento imediato para observação pelo médico psiquiatra. Por estes motivos, representaram um contributo importante na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências. O papel do EEESMP no encaminhamento da pessoa com doença mental, nomeadamente no que diz respeito à autonomia e tomada de decisão nas entrevistas de triagem, foi alvo de reflexão escrita que pode ser encontrada no *Apêndice VI*.

No contexto das entrevistas e das relações estabelecidas, no internamento ou na comunidade, tive oportunidade de desenvolver capacidades ao nível da comunicação verbal e não-verbal, procurando utilizar um discurso claro e adequado, prestando as informações necessárias, utilizando o silêncio, a escuta, recorrendo ao toque, gerindo o posicionamento e as distâncias, a síntese e as questões, procurando manter um ambiente adequado e demonstrar uma atitude de compreensão, respeito, autenticidade, honestidade e compaixão, manifestando interesse, indo de encontro aos princípios da relação de ajuda. De acordo com CHALIFOUR (2008), uma relação “não pode ser satisfatória se o interveniente não tem interesse pelo cliente e por aquilo que ele comunica e, não deseja compreender o seu ponto de vista e ser honesto com ele” (CHALIFOUR, 2008, p. 195). Por vezes estas entrevistas ocorreram na presença de familiares ou pessoas significativas do cliente admitido, pelo que também foi importante aplicar estes princípios junto dessas pessoas, nomeadamente diminuindo a ansiedade, o medo, clarificando conceitos, preconceitos e promovendo a readaptação a este novo problema. A promoção da esperança junto de clientes e familiares ou pessoas significativas é importante já que esta “não é simplesmente necessária para que o cliente prossiga a sua terapia – e, por esta via, para que outros fatores terapêuticos sejam eficazes – mas pode ter em si próprios efeitos terapêuticos” (CHALIFOUR, 2008, p. 211). Também PHANEUF (2005) dá relevo à importância do apoio emocional à família e pessoas significativas ao referir que “o suporte à família é um conjunto de intervenções (...) que visam levar apoio



emotivo aos próximos da pessoa doente, ajudá-los a atravessar este momento penoso, a compreender o problema de saúde e a enfrentá-lo” (PHANEUF, 2005, p. 461). Assim, considero a família e pessoas significativas importantes para todo o processo terapêutico. Embora acredite que desenvolvi capacidades para estabelecer relações com estas pessoas, estou consciente que necessitam de desenvolvimento e aprofundamento, fruto da reflexão que faço sobre este assunto e que tive oportunidade de transcrever para o *Apêndice VII*. Partindo da colheita de dados pude identificar os problemas, estabelecer as prioridades e planear as intervenções de forma individualizada que desenvolvi no respeito pelos princípios e pressupostos anteriormente enunciados, tentando a cada abordagem aplicá-los consciente da importância e significado da relação como instrumento terapêutica junto da pessoa com doença mental. Neste âmbito, tive oportunidade de elaborar processos de enfermagem com os clientes, dois dos quais foram transcritos (*Apêndice VIII*), que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEESMP, nomeadamente no que diz respeito a assistir a “pessoa ao longo do seu ciclo de vida (...) na optimização da saúde mental” (OE, 2011, p. 3) e a ajudar a “pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2011, p. 3).

Segundo George (1995), o processo de enfermagem constitui o esquema subjacente que orienta e direcciona o trabalho do enfermeiro, constituindo a essência da sua prática. Trata-se de um instrumento que auxilia os profissionais a tomarem decisões, preverem e avaliarem as consequências para os clientes podendo ser definido como uma atividade intelectual deliberada, através da qual a prática da enfermagem é abordada de forma ordenada e sistematizada (FREITAS, QUEIROZ, SOUZA, 2007). Assim, o processo de enfermagem é um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para a planificação de cuidados personalizados, visando a melhoria do estado de saúde da pessoa/cliente (PHANEUF, 2005).

O processo de enfermagem é um método específico de aplicação de uma abordagem científica ou de resolução de problemas à prática, que visa quer os



profissionais quer os seus clientes (pessoa, família ou comunidade), pelo que é adaptável a cada situação a fim de satisfazer as necessidades de cada pessoa. Neste contexto o processo de enfermagem oferece também um meio de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, ao mesmo tempo que responsabiliza os profissionais perante os clientes. Este processo compõe-se de cinco passos que se inter-relacionam formando um ciclo contínuo de pensamento e ação: avaliação, diagnóstico de enfermagem, planeamento, intervenção e avaliação dos resultados. Os planos de cuidados foram baseados na linguagem CIPE<sup>®</sup> 2, linguagem essa que visa padronizar a representação da prática da enfermagem e o desenvolvimento da compreensão do seu trabalho, baseada no conhecimento tendo como objetivo a melhoria dos cuidados prestados. Segundo o *Internacional Council of Nurses* (2002), a CIPE<sup>®</sup> é um instrumento de informação que vem possibilitar a descrição da prática de enfermagem e consequentemente produzir dados que representem essa mesma prática nos sistemas de informação em saúde. Neste contexto, é um instrumento que ao classificar e fornecer documentação padronizada, facilita a comunicação entre os enfermeiros e entre estes e os outros agentes ligados à saúde, desde os outros profissionais aos decisores políticos (OE, 2009). A utilização desta linguagem tem contribuído para que os cuidados se centrem na promoção da saúde, na resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida, prevenir a doença e promover a readaptação. Assim, também a visibilidade e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença mental poderão beneficiar da utilização desta classificação. A elaboração destes casos clínicos revelou-se importante na medida em que permitiu o aprofundamento dos meus conhecimentos não só na utilização da linguagem CIPE<sup>®</sup> para a elaboração de planos de cuidados, mas também no desenvolvimento de competências ao nível do diagnóstico, tomada de decisão, definição e implementação de intervenções junto da pessoa com doença mental.

No âmbito da prestação de cuidados na comunidade destacaria ainda a administração de medicação *depot*, seja através das visitas dos clientes ao Centro de Saúde, seja por meio da visita domiciliária. Considero que estes momentos mostraram-se igualmente promotores da aquisição e consolidação de competências enquanto EEESMP por constituírem momentos privilegiados

de relação entre profissionais e clientes, com potencial para servirem como oportunidades de acompanhamento e seguimento, aconselhamento ao próprio e seus familiares e conhecimento, nomeadamente nas vistas domiciliárias, do ambiente em que a pessoa se encontra inserida, permitindo tirar vantagens desses aspetos na âmbito da definição de estratégias de prestação de cuidados individualizados com preocupação pela envolvimento da pessoa, família e comunidade. Por esses motivos, tive oportunidade de sobre esta realidade transcrever as reflexões que fiz e que podem ser consultadas nos *Apêndices IX e X*.

Durante a relação, seja nas entrevistas, seja na prestação de cuidados de enfermagem, mantive subjacente ao meu desempenho os princípios de Betty Neuman, enunciados no seu modelo teórico de enfermagem, no sentido em que procurei encarar o cliente alvo das minhas intervenções como um ser total, inserido num ambiente, sujeito à interferência de fatores extra e intrapessoais, cujo impacto pode afetar o seu equilíbrio, na sequência da forma como este responde e se adapta, ultrapassando ou não as suas linhas de resistência. Procurei portanto identificar os fatores que promoveram a reação da pessoa e desenvolver com eles um conjunto de reforços às suas defesas, abordando a pessoa como um sistema aberto, em interação com o ambiente, fazendo tanto quanto possível uso das suas características, analisando as relações entre pessoa e ambiente e promovendo a restituição do equilíbrio.

Os últimos dois objetivos inicialmente delineados para este estágio, que se encontram interligados, visavam responder à problemática inicialmente definida e que constituía a base do projeto de estágio, sendo eles: ***conhecer as alterações de qualidade de vida dos clientes com doença bipolar através da aplicação da escala de qualidade de vida da Medical Outcomes Study – Short Form 36 (SF-36) e implementar uma estratégia de intervenção terapêutica que vise a melhoria da qualidade de vida em clientes com doença bipolar***. Para os concretizar, foi aplicado o Questionário SF-36 na sua versão 2, de acordo com a metodologia definida e já abordada neste relatório. No gráfico seguinte apresentam-se os resultados obtidos antes da intervenção

de enfermagem, distribuídos por cada uma das dimensões que compõem o questionário SF-36.

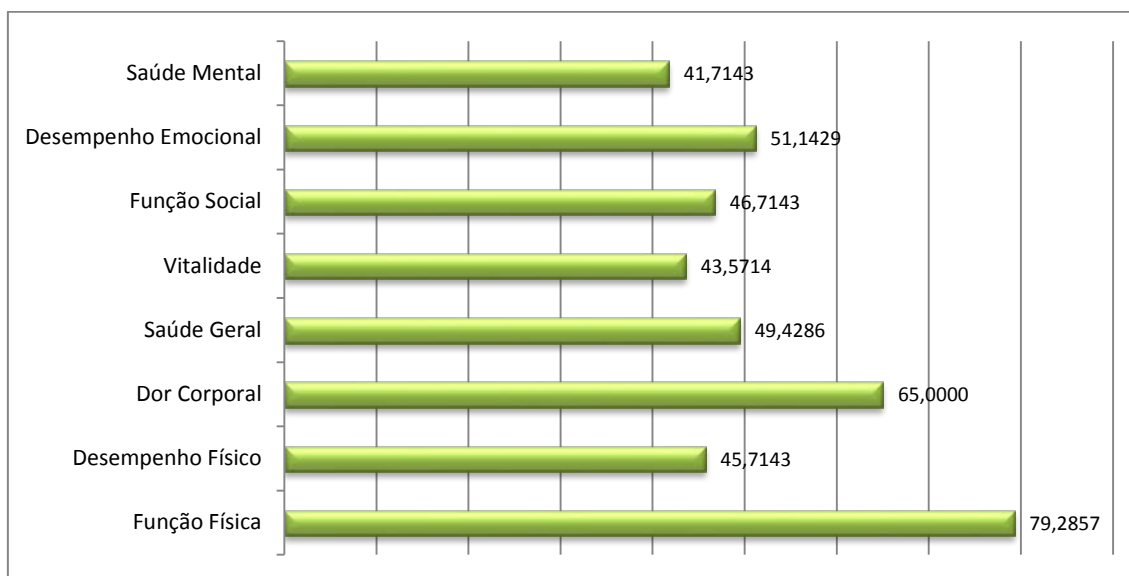


Gráfico 1 - Distribuição dos Resultados Por Dimensão do Questionário SF-36V2.0 Antes da Intervenção de Enfermagem

Conforme se pode verificar, pelos valores apresentados em percentagem, é nas dimensões Saúde Mental e Vitalidade que os clientes referem percecionar uma menor qualidade de vida. A dimensão Função Física é aquela em que claramente é percecionada uma melhor qualidade de vida.

O gráfico seguinte apresenta os mesmos resultados, mas desta vez agrupando as dimensões nas duas grandes componentes que constituem o questionário SF-36.

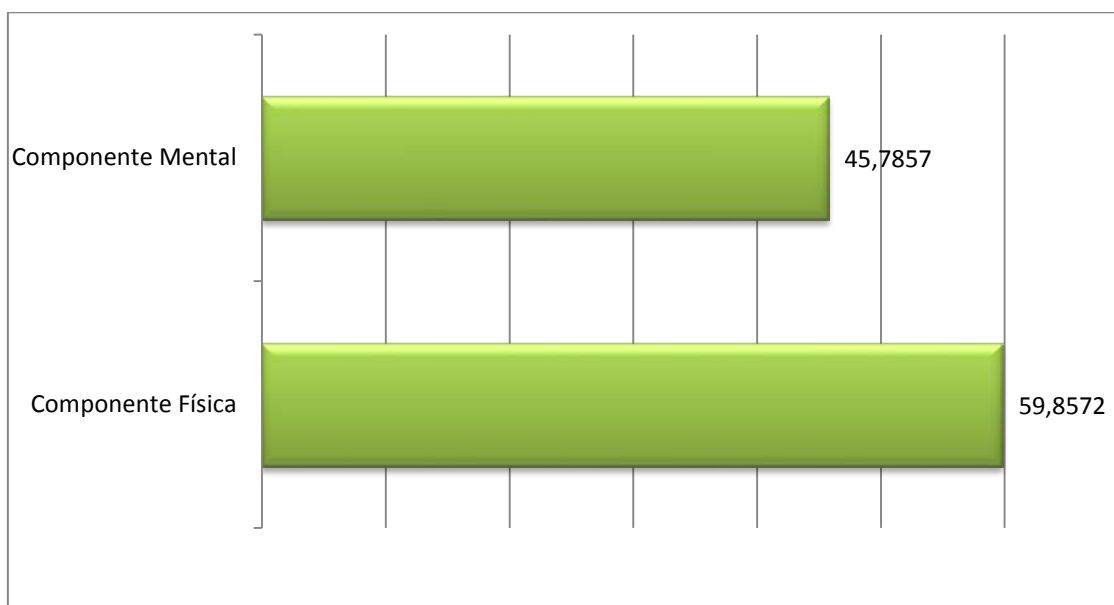


Gráfico 2 - Distribuição dos Resultados Por Componente do Questionário SF-36V2.0 Antes da Intervenção de Enfermagem

Podemos verificar que segundo as respostas obtidas pela aplicação do questionário, na Componente Mental que engloba as dimensões Saúde Mental, Desempenho Emocional, Função Social e Vitalidade, é percecionada uma menor qualidade de vida do que na Componente Física, que agrupa as restantes quatro dimensões.

Após a aplicação do questionário, foi então implementada a intervenção de enfermagem, que consistiu numa sessão de psicoeducação subordinada ao tema da adesão à terapêutica, tal como já referido neste relatório. Posteriormente, já com os clientes inseridos na comunidade, durante o período de estágio que decorreu na Unidade de Apoio Comunitário do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca sediada no Centro de Saúde da Amadora, foi novamente a cada um deles, por meio de entrevista, aplicado o mesmo questionário de perceção de qualidade de vida, tendo por objetivo comparar essa perceção antes e depois da intervenção de enfermagem referida.

No gráfico seguinte, pode comparar-se os resultados das duas avaliações, antes e depois da intervenção de enfermagem, por cada uma das dimensões que compõem o questionário de perceção de qualidade de vida utilizado.

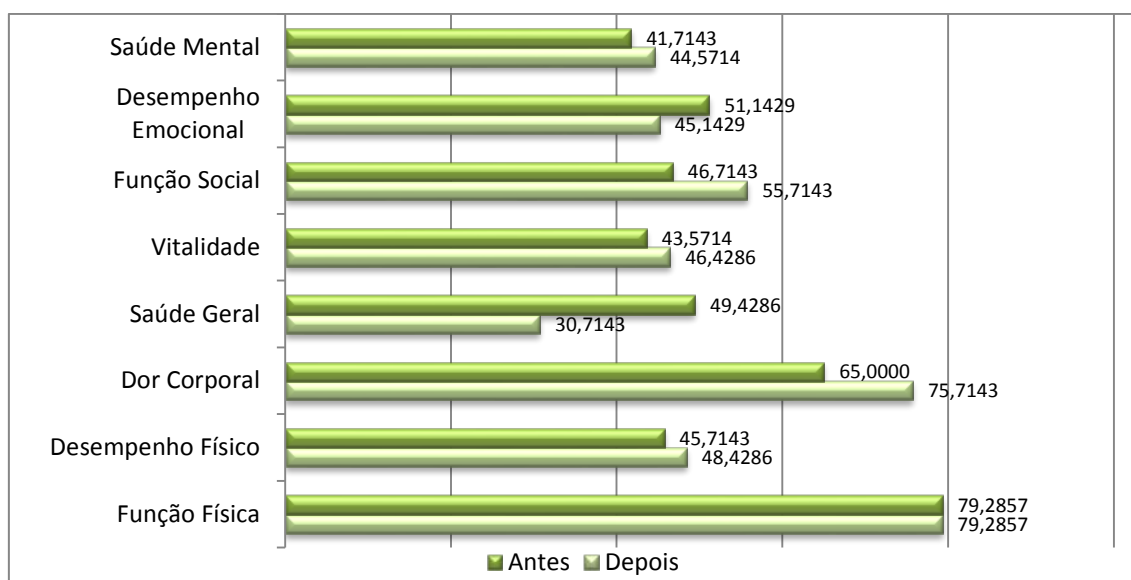


Gráfico 3 – Comparação dos Resultados Por Dimensão do Questionário SF-36V2.0 Antes e Depois da Intervenção de Enfermagem

Conforme o gráfico confirma pelas percentagens obtidas, com exceção das dimensões Saúde Geral e Desempenho Emocional, aparentemente houve uma melhoria da perceção de qualidade de vida após a intervenção de enfermagem.

Esta conclusão acaba por não ser validada após o tratamento estatístico dos resultados obtidos com o programa SPSS®. Assim, recorrendo a este programa, foi em primeiro lugar aplicado o coeficiente de correlação de Pearson, para as variáveis em estudo de forma a analisar quais as variáveis que têm, em valor absoluto, maior coeficiente de correlação, de modo a perceber quais destas estão mais relacionadas entre si.

Com os resultados apresentados, e respetivo teste estatístico, pode concluir-se que para a primeira avaliação, antes da intervenção de enfermagem, as variáveis Desempenho Físico *versus* Dor Corporal, Desempenho Emocional *versus* Desempenho Físico, Saúde Geral *versus* Saúde Mental, Saúde Mental *versus* Vitalidade, mostraram uma correlação positiva, estatisticamente aceite entre si. No caso da segunda avaliação, após a sessão de psicoeducação, as variáveis com correlação estatisticamente significativas foram: Desempenho Emocional *versus* Desempenho Físico, Dor Corporal *versus* Desempenho Emocional, Saúde Geral *versus* Saúde Mental, Vitalidade *versus* Saúde Mental, Vitalidade *versus* Desempenho Emocional e Desempenho Emocional *versus* Saúde Mental.

Para testar a eficácia da intervenção de enfermagem implementada, utilizou-se o teste estatístico *t* para amostras emparelhadas, por este ser usualmente utilizado para analisar resultados antes e depois de um determinado tratamento ou intervenção. O teste analisa a diferença entre média de amostras emparelhadas, determinando primeiro a diferença entre cada valor, testando posteriormente se a média das diferenças é igual a zero.

Apesar de através do teste estatístico *t*, não se poder tirar conclusões sobre a eficácia da intervenção, pode verificar-se através do teste das correlações para amostras emparelhadas, que existe uma forte correlação positiva (estatisticamente significativa) entre a componente Função Física, antes e depois da sessão de psicoeducação, o que quer dizer esta dimensão foi a que menos sofreu alteração na avaliação antes e depois da intervenção de enfermagem. Ou seja, a perceção dos clientes acerca do nível desta componente foi a mesma antes e depois da intervenção de enfermagem. De realçar igualmente o desempenho da dimensão Função Social, que apresenta uma correlação negativa entre a primeira e a segunda avaliação. Esta

correlação negativa seria expetável na medida em que a primeira avaliação foi feita em contexto de internamento e a segunda aplicação do questionário foi realizada com as pessoas inseridas na sua comunidade, tendo uma pior Função Social nesse contexto, fruto do regresso ao seu ambiente. Através deste teste estatístico, constatou-se não haver diferenças estatisticamente significativas entre os valores antes e depois da intervenção de enfermagem implementada. No entanto é de realçar que a amostra em estudo possui uma dimensão muito reduzida, não sendo por isso possível aferir com certeza sobre a eficácia da sessão de psicoeducação em estudo. Em conclusão, é possível afirmar que na maioria das dimensões que compõem o questionário SF-36 houve uma melhoria da perceção da qualidade de vida, embora numa análise estatística, esta melhoria não seja estatisticamente significativa, o que poderá estar relacionado com a reduzida dimensão da amostra. Assim, estes resultados apontam para os benefícios deste tipo de intervenções de enfermagem junto das pessoas com doença bipolar, que poderão ser potenciados através da sua implementação de uma forma continuada e não como um ato isolado como aconteceu neste estudo.

Embora não fazendo parte dos objetivos pessoais inicialmente traçados, durante a minha permanência na unidade de internamento do Serviço de Psiquiatria, tive oportunidade de sob supervisão do orientador do local de estágio, desenvolver e apresentar uma ação de formação em serviço, destinada a enfermeiros, que abordou a temática da infeção por *Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA). Na sequência deste diagnóstico num cliente internado no serviço, a pedido da equipa de enfermagem e devido à sua pouca experiência nesta área, propus-me para a realização da referida ação de formação. A minha disponibilidade foi de imediato aceite por todos, acabando esta sessão por ser realizada no dia 18 de dezembro de 2012. Efetivamente, o meu percurso profissional tem-se desenvolvido quer em contexto de enfermaria, quer de cuidados intensivos, pelo que me senti com capacidade para ajudar os colegas na abordagem desta situação, tendo sobretudo a preocupação de transmitir alguns conceitos e desmistificar alguns preconceitos existentes. Esta sessão teve como objetivo geral sensibilizar a

equipa de saúde para a importância do seu papel no controlo de infeção associada aos cuidados de saúde. Tendo sido definidos como objetivos específicos:

- Definir infeção associada aos cuidados de saúde;
- Definir precauções padrão;
- Identificar os diversos tipos de isolamento;
- Identificar as precauções associadas à transmissão do *Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA)

A realização desta atividade, permitiu-me desenvolver competências como formadora e, a avaliar pela participação, dúvidas colocadas e *feedback* obtido pelos colegas, foi para eles útil e muito gratificante para mim, nomeadamente por me ter de alguma forma proporcionado retribuir as experiências e conhecimentos adquiridos ao longo do estágio. O cartaz que anunciava esta sessão de formação e os diapositivos nela utilizados, poderão ser consultados nos *Apêndices XI e XII*.

## 7. SÍNTESE FINAL

Toda esta experiência em contexto prático teve por base um período intenso de desenvolvimento pessoal baseado na contínua reflexão crítica, feita ao longo do ensino clínico.

Este desenvolvimento culminou num melhor aproveitamento do contacto com cada cliente com patologia do foro mental. Para conseguir ajudar, compreender e prestar cuidados de enfermagem adequados às reais necessidades de cada cliente todo este período de reflexão foi crucial. Atendendo às características deste tipo de clientes é desafiante dar resposta não só às necessidades básicas, mas igualmente estabelecer uma relação terapêutica que seja baseada em valores como por exemplo a confiança. Esta relação pretenderá também ter em conta as expectativas do cliente e aumentar a probabilidade de adesão do cliente à terapêutica e atividades desenvolvidas em contexto de internamento.

Relativamente ao experienciado no internamento, podem salientar-se os seguintes aspetos:

- Contacto com o cliente em situação aguda de doença mental;
- Conhecimento das terapias aplicadas em contexto de agudização da doença (por exemplo, eletroconvulsivoterapia);
- Trabalho interdisciplinar (através da intervenção de uma equipa composta por médicos, enfermeiros, terapeutas, etc.)

Foi muito gratificante observar a satisfação dos clientes a participar nas atividades que foram desenvolvidas. Também o *feedback* por parte da equipa de Enfermagem foi positivo o que motivou ainda mais para o ensino clínico seguinte na comunidade. Em relação ao ensino clínico na comunidade foi igualmente produtivo, permitindo bastante o desenvolvimento da capacidade de observação e análise do cliente, evidenciando também a sua integração na família e na comunidade, bem como as principais dificuldades sentidas por quem necessita de ajuda e quem pretende ajudar. Como aspetos mais relevantes desta experiência pode salientar-se:

- A oportunidade de entrevistar os clientes;



- A oportunidade de observar/analisar o cliente no seu meio ambiente;
- O conhecimento do contexto da família/sociedade;
- A estimulação da adesão à terapêutica.

De uma forma geral, pude perceber que o enfermeiro enquanto EEESMP tem um grau de autonomia bastante considerável o que é não só interessante como proveitoso e motivador em termos de conhecimento e em termos profissionais. Assim, posso considerar que as atividades previstas para cada momento do ensino clínico foram bem planeadas permitindo o meu desenvolvimento, uma interação positiva com o cliente e família, o alcance dos objetivos propostos com sucesso, como pode comprovar-se seguidamente:

Objetivos	Validação	Locais
Promover processos de autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	✓	CSA HFF
Experienciar com supervisão o desenvolvimento de intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa com doença bipolar	✓	HFF CSA
Estabelecer relação terapêutica à pessoa com doença bipolar e realizar entrevistas de ajuda à pessoa com doença bipolar	✓	HFF CSA
Conhecer as alterações de qualidade de vida dos clientes com doença bipolar através da aplicação da escala de qualidade de vida da Medical Outcomes Study – Short Forma 36 (SF-36)	✓	CSA HFF
Implementar uma estratégia de intervenção terapêutica que vise a melhor da qualidade de vida em cliente com doente bipolar	✓	CSA HFF

Ilustração 1 - Objetivos e Sua Avaliação

Em jeito de conclusão considero relevante articular os principais conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas através do seguinte esquema proveniente de alguma reflexão:

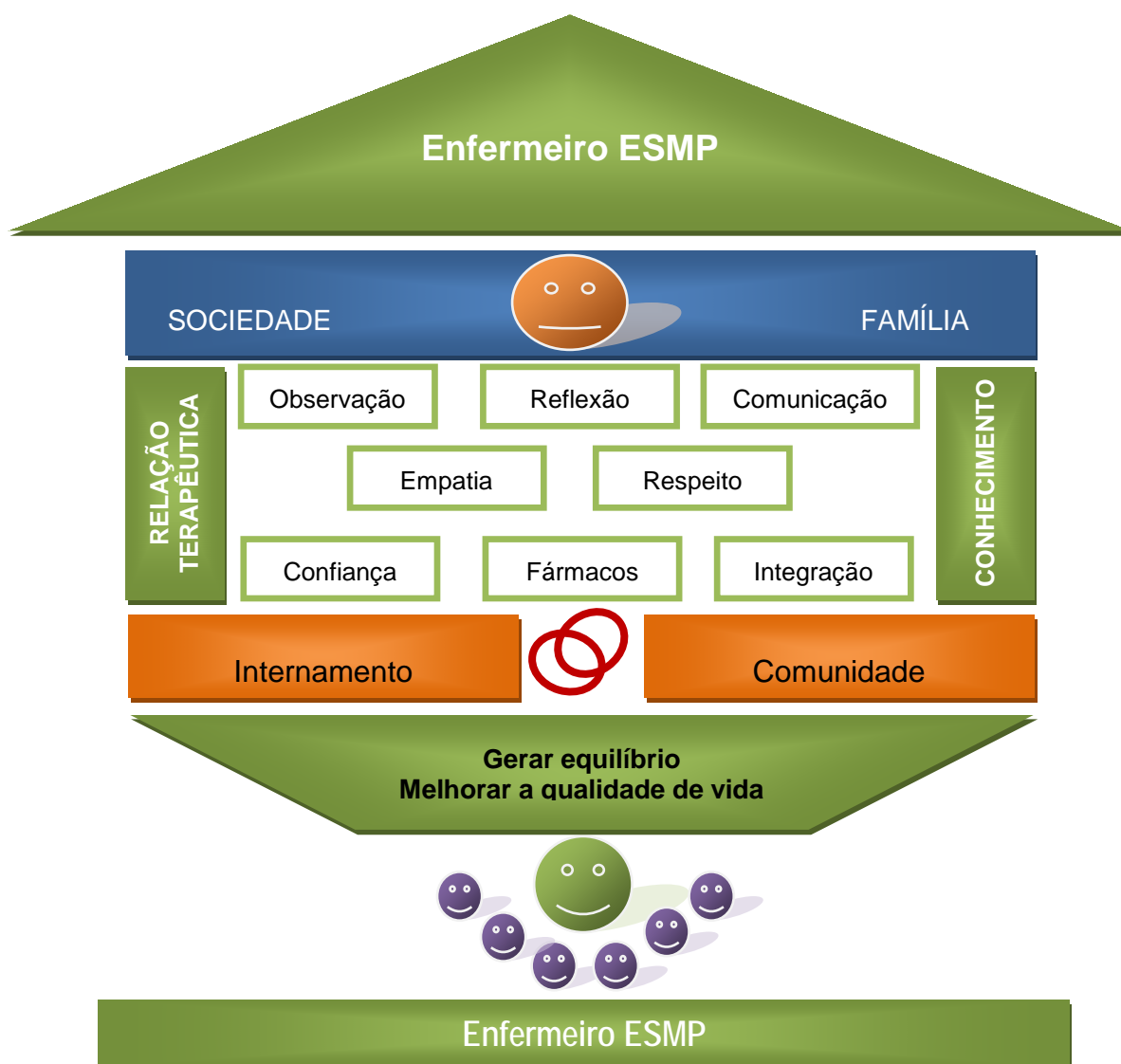


Ilustração 2 - O EEESMP Como Elo de Ligação Entre Cliente com Doença Psiquiátrica/Família e Comunidade

Desta forma julgo que o enfermeiro EEESMP tem uma função preponderante junto do cliente que se encontra inserido numa família e em determinado grupo da sociedade. Este cliente com uma alteração no seu nível de saúde vê comprometida não só a sua qualidade de vida mas também as interações com o meio que o envolve. Assim, o EEESMP tendo como base de atuação o domínio das suas competências específicas, encontra-se apetrechado de várias ferramentas que pode utilizar para ajudar o cliente com doença mental a ultrapassar o seu momento de desequilíbrio e a aderir ao tratamento da melhor maneira.

Para prestar cuidados de Enfermagem de forma adequada ao cliente com doença mental o EEESMP deve recorrer à capacidade de observação e

reflexão; utilizar estratégias de comunicação que lhe permitam alcançar o respeito e confiança do cliente; recorrer à empatia para uma atuação complementar com a terapia medicamentosa e assim promover a integração do cliente no tratamento, em conjunto com a equipa interdisciplinar.

A influência do EEESMP estende-se a dois campos de ação, o internamento para prestar cuidados numa fase de agudização da doença, e também a comunidade na qual pode prevenir descompensações, sinalizar casos críticos, acompanhar os clientes e facilitar o acompanhamento das famílias.

Por sua vez, com este leque de ação estruturado, definido e fundamentado o EEESMP pode conseguir gerar equilíbrio na vida do cliente com doença bipolar e assim contribuir para uma melhoria da sua qualidade de vida e das que o rodeiam, facilitando a sua plena integração numa sociedade que ainda tem um longo caminho a percorrer até à aceitação da pessoa com doença do foro mental.

Com a experiência que tive oportunidade de adquirir com estes ensinamentos clínicos obtive uma visão que julgo preveligiada da atuação do EEESMP, pois tive contacto com um serviço de internamento que se articula na plenitude com a equipa da comunidade o que permite resultados muito mais positivos. Estes resultados positivos para o cliente e família advêm da correta organização e aliança que estas duas vertentes (hospitalar e comunidade) conseguem em relação ao seguimento dos clientes.

Assim sendo, considero que se torna ainda mais relevante a abordagem Enfermeiro na área da saúde mental, podendo ser considerado como elemento crucial para a evolução da situação clínica do cliente e por isso mesmo podendo ser entendido como o “chapéu” que engloba e que influencia os vários fatores que interferem com o equilíbrio do cliente inserido na família e comunidade.

É com toda esta motivação e determinação que, enquanto enfermeira, cheguei ao fim deste ensino clínico. Com a consciência plena de que existe um longo percurso pela frente e que toda esta aprendizagem foi apenas o início de um desafio enquanto profissional de saúde e enquanto membro de uma sociedade com necessidade de esclarecimento e mudança.

## 8. CONCLUSÃO

Agora chegando o *términus* deste documento, interessa pois fazer um balanço do que nele foi escrito. Tratando-se de um relatório, pretendeu-se a descrição das vivências obtidas ao longo do estágio realizado, parte integrante deste curso. Mais que a simples descrição, pretendi a partir de uma atitude reflexiva, enunciar as atividades desenvolvidas e de que forma contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias à obtenção do grau de mestre na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Este percurso iniciou-se com a elaboração de um projeto de estágio, a partir de uma problemática identificada que, por sua vez, está subjacente ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Assim, com a implementação e desenvolvimento desse projeto, houve oportunidade para desenvolver diversas atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento dessas competências específicas. Considero pois, que a pesquisa bibliográfica desenvolvida, a partilha de saberes e experiências e a utilização de uma prática fundamentada e reflexiva, permitiu a minha transformação enquanto pessoa e enfermeira, conduzindo à aquisição de um conjunto de saberes inerentes ao perfil de competências desejado para quem frequenta e termina este curso. No entanto, este percurso não está terminado, tal como afirmado já neste relatório “o enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património (...).” (ABREU, 2001, p. 105). Esta transformação em mim ocorrida, permitirá lançar as bases para uma atuação especializada em enfermagem de saúde mental, em cuja especificidade,

“As competências de âmbito psicoterapêutico (...) permitem o juízo clínico singular (...) durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital (...)” e desenvolver “uma compreensão e intervenção

terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial” (OE, 2010, p. 1).

Para tal, e ainda segundo a OE (2010) “para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico” o enfermeiro especialista

“Desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a sua prática (...) mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (...) estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (OE, 2010, p. 1)

Foi em torno destes pressupostos que desenvolvi a minha atuação ao longo do estágio, norteadas pelo objetivo de reunir as competências referidas, de forma a atingir uma atitude e desempenho condizente com a de enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Nesse âmbito esforcei-me por aprofundar os conhecimentos teóricos, por adotar uma atitude reflexiva sobre o meu desempenho, por partilhar experiências, por observar os desempenhos e, tendo subjacente o modelo conceptual de Betty Neuman, realizar entrevistas, identificar necessidades de cuidados na área da saúde mental, definir e implementar intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, estabelecendo relações terapêuticas e de confiança, encarando o cliente desses cuidados como um parceiro em todo o processo.

Relativamente ao tema central do projeto que esteve na base deste estágio, foi possível concluir que após uma intervenção de enfermagem da área da saúde mental e psiquiátrica, os clientes com doença bipolar percecionam uma melhor qualidade de vida em quase todas as dimensões do questionário SF-36, isto apesar do tratamento estatístico não revelar alterações estatisticamente significativas, o que se atribui à pequena dimensão da amostra estudada. Assim é possível antever que as intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica promovem uma perceção de melhor qualidade de vida nos clientes com doença bipolar.

Não fazendo parte dos objetivos inicialmente definidos, houve ainda a oportunidade para desenvolver competências enquanto formadora, pela realização de uma sessão de formação em serviço destinada a enfermeiros realizada na Unidade de Internamento onde decorreu o estágio.

## BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson C. – Identidade, Formação e Trabalho. Coimbra: Formasau, 2001. ISBN 972-8485-21-2.

BERK et al. - Guia para cuidadores de pessoas com doença bipolar. [Em linha] [Consult. em 11/04/2013]. Disponível em [www.adeb.pt/sobre\\_adeb/publicacoes/guias/guias\\_pdf/GUIABIP\\_ABR2011.pdf](http://www.adeb.pt/sobre_adeb/publicacoes/guias/guias_pdf/GUIABIP_ABR2011.pdf).

CHALIFOUR, Jacques – A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencialhumanistas da relação de ajuda. Volume I. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5.

CHALIFOUR, Jacques – A intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção. Volume II. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-21-5.

DIAS, Vasco Videira, et al. – Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders. N.º 110 (2008). p. 75-83.

FERNANDES, Mafalda et al. – Família e Psicoeducação no Tratamento da Doença Bipolar. Revista Bipolar. N.º 33 (2008), p. 8-11.

FERNANDES, Maria Teresa – Metodologia do projecto. Servir. Vol. 47, nº 5 (Setembro/Outubro 1999), p. 233-236.

FERREIRA, Loide et al. - Persepctiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental. Revista Psilogos. Vol. 3, n.º 1 (Junho 2006), p. 61-70.

FERREIRA, Pedro Lopes – Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. Acta Médica Portuguesa. Vol. 13, n.º 1/2 (Janeiro-Abril 2000), p. 55-66.

FERREIRA, Pedro Lopes – Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. Acta Médica Portuguesa. Vol. 13, n.º 3 (Maio-Junho 2000), p. 119-127.

FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A.; SOUZA, J.A.V. – O Processo de Enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. Revista Brasileira Enfermagem. Vol. 60, n.º 2 (2007), p. 207-212.

FORTIN, Marie-Fabienne – O proceso de investigação: da concepção á realização. Loures: Lusociência. 1999. ISBN: 972-8383-10-X

GEORGE, Julia B. et al. - Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GUTIÉRREZ-ROJAS L et al. - Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. Bipolar Disorders. Vol. 10, n.º 5 (Julho 2008), p. 625-634.

INSTITUTO PORTUGÊS DA QUALIDADE (1995) – NP 405-1 Informação e Documentação – Referências Bibliográficas: Documentos Impressos. 1995.

INSTITUTO PORTUGÊS DA QUALIDADE (1998) – NP 405-2 Informação e Documentação – Referências Bibliográficas, Parte 2: Materiais não Livro. 1998.

INSTITUTO PORTUGÊS DA QUALIDADE (2002) - NP 405-3 Informação e Documentação – Referências Bibliográficas, Parte 3: Documentos não publicados. 2002.

INSTITUTO PORTUGÊS DA QUALIDADE (2003) - NP 405-4 Informação e Documentação – Referências Bibliográficas, Parte 4: Documentos Eletrónicos. 2003.

ISHAK WW et al. - Health-related quality of life in bipolar disorder. Bipolar Disorders. Vol. 14, n.º 1 (Fevereiro 2012), p. 6-18.

JARA, José Manuel – Doença Bipolar, Estigma e Psicoeducação. Revista Bipolar. N.º 33 (2008), p. 3-7.

KATHLEEN R. Merikangas et al. - Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. [Em linha]. [Consult. em 08/06/2013]. Disponível em <http://archpsyc.jamanetwork.com>.

LOLICH M; et al. - Psychosocial interventions in bipolar disorder: a review. Actas Espanolas de Psiquiatria. Vol. 40, n.º 2 (Março-Abril 2012), p. 84-92.

MARTINS, Maria da Conceição de Almeida. Factores de Risco Psicossociais para a Saúde Mental. [Em linha]. [Consult em 13/04/2013]. Disponível em [www.ipv.pt/millennium/Millennium29/33](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium29/33)

MICHALAK, Erin E., TATHAM Lakshmi N. e LAM, Raymond W. - Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. [Em linha]. [Consult. em 05/07/2012]. Disponível em [www.hqlo.com/content/3/1/72](http://www.hqlo.com/content/3/1/72).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012a) – REPE e Estatuto da ordem dos enfermeiros. 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012b) – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Agosto 2012.



ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012c) – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Agosto 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Novembro de 2010. [Em linha] [Consult. em 10/07/2012] Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. Outubro de 2011. [Em linha] [Consult. em 10/07/2012] Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE ®. Abril 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Relatório Mundial de Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001. [Em linha] [Consult. em 11/04/2013] Disponível em [www.who.int/whr/2001/en/index.html](http://www.who.int/whr/2001/en/index.html).

PHANEUF, Margot – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.

PINI S, de Queiroz V, et al. - Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. 2005. [Em linha]. [Consult. em 01/06/2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15935623>.

PIRES, Ana Luísa de Oliveira – A pedagogia do projecto. Formar. Lisboa. N.º 16 (Outubro de 1995), p. 4-7.

PIRES, Maria Regina et al. – Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem. Sinais Vitais. N.º 54 (2004), p. 15-17.

RODRIGUES, Neide Andreia Crispim – Contratos de Aprendizagem em Enfermagem: uma mais valia para os estudantes: Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. 2012. Dissertação de Mestrado.

SANCHEZ-MORENO, J. et al. - Functioning and Disability in Bipolar Disorder: An Extensive Review. Psychother and Psychosomatics. Vol. 78, n.º 5 (Agosto 2009), p. 285-297.

SANTOS, Elvira – A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem: Aveiro: Universidade de Aveiro. 2009. Dissertação de Mestrado.

SEVERO, Milton et al. – Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa da MOS SF-36. Acta Médica Portuguesa. N.º 19 (2006), p. 281-288.

SHIPPEE ND et al. - Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. [Em linha]. [Consult. em 05/07/2012]. Disponível em [www.hqlo.com/content/9/1/90](http://www.hqlo.com/content/9/1/90)

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6.



## **ANEXOS E APÊNDICES**

**ANEXOS**

**Anexo I - Questionário de estado de saúde - SF-36V2**

# QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima

Muito boa

Boa

Razoável

Fraca

1

2

3

4

5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor

Com algumas  
Melhoras

Aproximadamente  
igual

Um pouco pior

Muito pior

1

2

3

4

5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

Sim,  
muito  
limitado/a

Sim, um  
pouco  
limitado/a

Não,  
nada  
limitado/a

a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.....

1

2

3

b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....

1

2

3

c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia.....

1

2

3

d. Subir vários lanços de escadas.....

1

2

3

e. Subir um lanço de escadas.....

1

2

3

f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....

1

2

3

g. Andar mais de 1 Km.....

1

2

3

h. Andas várias centenas de metros.....

1

2

3

i. Andar uma centena de metros.....

1

2

3

j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....

1

2

3

Copyright © 1992. New England Medical Center Hospitals, Inc. All rights reserved.

Copyright ©1997. Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve <b>dificuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades <b>menos</b> cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

<b>Absolutamente nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Imenso</b>
1	2	3	4	5



**7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?**

<b>Nenhumas</b>	<b>Muito fracas</b>	<b>Ligeiras</b>	<b>Moderadas</b>	<b>Fortes</b>	<b>Muito fortes</b>
1	2	3	4	5	6

**8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

<b>Absolutamente nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Imenso</b>
1	2	3	4	5

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.**

**Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.**

**Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	<b>Sempre</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Algum tempo</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nunca</b>
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?.....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?.....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? .....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia? .....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a? .....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a? .....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz? .....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

**10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?**

<b>Sempre</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Algum tempo</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nunca</b>
1	2	3	4	5

**11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.**

	<b>Absolutamente verdade</b>	<b>Verdade</b>	<b>Não sei</b>	<b>Falso</b>	<b>Absolutamente falso</b>
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros.....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima.....	1	2	3	4	5

**MUITO OBRIGADO**

## **Anexo II – Autorização para a utilização da escala SF-36V2**



**Centro de Estudos  
e Investigação em Saúde  
da Universidade de Coimbra**



rimas@fe.uc.pt

Coimbra, 26 de Outubro de 2012

Ex.ma Senhora:

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição SF-36 (*MOS Short Form Health Survey - 36 Item - version 2*) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite (i) medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; (ii) monitorizar doentes com múltiplas condições; (iii) comparar doentes com condições diversas; e (iv) comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/SF36>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

*Carta enviada por correio eletrónico*

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •  
tel/Fax 239 790 507

### **Anexo III – Modelo de consentimento livre e informado**

## CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Almerinda de Jesus Espadanal Trincadeiras da Graça, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Qualidade de Vida e Doença Bipolar”, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste inquérito.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados e que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- ✓ Entregou esta informação;
- ✓ Explicou o propósito deste trabalho;
- ✓ Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Almerinda de Jesus Espadanal Trincadeiras da Graça

---

(Assinatura e Data)

## CONSENTIMENTO

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- ✓ O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações prestadas, e teve tempo para as ponderar;
- ✓ Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- ✓ Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou que estas lhe fossem explicadas, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas.

Nome do Doente Legível: \_\_\_\_\_

---

(Assinatura Doente ou Representante Legal e Data)

#### **Anexo IV – Projeto enviado à Comissão de Ética para a Saúde**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiátrica**

---

**HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA – SERVIÇO DE  
PSIQUIATRIA**

**ENSINO CLÍNICO - PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO**  
**Intervenções de Enfermagem na Qualidade de Vida do Cliente com**  
**Doença Bipolar**

---

Almerinda Graça

N.º: 4159

Lisboa, Outubro de 2012



## **TÍTULO**

Intervenções de Enfermagem na Qualidade de Vida do Cliente com Doença Bipolar

## **IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR**

Almerinda de Jesus Espadanal Trincbeiras, Enfermeira, aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

## **RESUMO**

No contexto do 3º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica emerge o ensino clínico com a finalidade de capacitar o estudante para desenvolver o seu projecto de mestrado. Assim sendo, para este projecto de aprendizagem e de desenvolvimento de competências define-se o tema: A bipolaridade e a qualidade de vida. Tema este que por sua vez, é subjacente ao regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, protocoladas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), na perspectiva do enfermeiro enquanto prestador de cuidados de âmbito psicoterapêutico, sócio-terapêutico, psicossocial e psico-educacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário (2010: 7). Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, publicado pela Ordem dos Enfermeiros em 2011, os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, recuperar e melhorar a saúde ajudando-o a recuperar a sua capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 4). No mesmo documento, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental e do bem-estar (...) no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desadaptadas ou

desajustadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, (...) no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 4)

Recorrendo à versão portuguesa da escala de avaliação de qualidade de vida Medical Outcome Score – Short Form 36 (SF-36), aplicada a uma população de doentes bipolares, pretende-se avaliar o impacto de uma sessão de psico-  
-educação na auto-percepção do nível de qualidade de vida destes doentes.

## **OBJECTIVOS**

Uma pesquisa na base de dados científica EBSCO que incluíam uma combinação das expressões *bipolar disorder*, *quality of life*, *literature review* e *SF-36* remete-nos para um conjunto de artigos em que a temática da qualidade de vida dos doentes bipolares é abordada. Este conjunto de artigos revela inequivocamente que a qualidade de vida relacionada com a saúde encontra-se diminuída entre os doentes bipolares, quer em comparação com outras doenças quer com a população em geral. Por outro lado, deixam antever que intervenções feitas junto destes doentes que não só as farmacológicas, podem melhorar a sua percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde.

A partir destas conclusões, este projecto terá por finalidade contribuir para a aquisição de competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica nos cuidados prestados à pessoa com doença bipolar e sua qualidade de vida. Como objectivos específicos define-se:

- Promover processos de autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- Experimentar com supervisão o desenvolvimento de intervenções de âmbito psicoterapêutico, sócio-terapêutico, psicossocial e psico-educacional à pessoa com doença bipolar;
- Estabelecer relação terapêutica à pessoa com doença bipolar;
- Realizar entrevistas de ajuda à pessoa com doença bipolar;
- Conhecer as alterações de qualidade de vida dos clientes com doença bipolar através da aplicação da escala de qualidade de vida da Medical Outcomes Study – Short Form 36 (SF-36);

- Implementar uma estratégia de intervenção terapêutica que vise a melhoria da qualidade de vida em clientes com doença bipolar.

## **METODOLOGIA**

Como metodologia, foi realizada uma revisão sistemática de literatura científica relevante para a temática da qualidade de vida da pessoa com doença bipolar. Conforme já referido, a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde é mais baixa nestas pessoas quando comparadas com a população geral ou mesmo com outros grupos de pessoas com doença depressiva.

É a partir destas conclusões que se pretende desenvolver estratégias de intervenção. Recorrendo à escala de avaliação de qualidade de vida SF-36, aplicada a uma população de clientes com doença bipolar em internamento, proponho-me desenvolver junto destas pessoas uma intervenção de psico-educação, no momento da preparação para a alta clínica, que vise a melhoria da qualidade de vida. Os contributos desta sessão serão validados através da comparação dos resultados de uma nova aplicação da mesma escala, após a alta, em ambulatório. Trata-se portanto de um estudo exploratório, prospectivo, cuja amostragem será obtida por conveniência, entre a população de doentes bipolares que no momento da alta aceitem de forma livre e esclarecida participar no estudo.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Para além da elaboração do relatório final e respectiva tese de mestrado, espera-se demonstrar que os doentes bipolares sujeitos no momento da alta à intervenção psico-educacional percebem no pós-alta já em ambulatório, ter uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde avaliada pela SF-36, comparativamente com o resultado obtido no momento da alta.

## **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Para o desenvolvimento deste projecto, alguns aspectos éticos são de

considerar. A obtenção de consentimento informado e esclarecido assinado pelas pessoas visadas é um deles. Para tal, em Anexo I encontra-se o modelo de consentimento informado e esclarecido a utilizar no desenvolvimento deste projecto.

---

## **CRONOGRAMA**

	Outubro 2012				Novembro 2012					Dezembro 2012					Janeiro 2013					Fevereiro 2013						
	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	20		3	7	14	21	28	4	11	18	25	4		
	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19		2	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8		
Hospital Fernando da Fonseca - Serviço de Psiquiatria														Férias de Natal												
Unidade Funcional Comunitária do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca – Amadora																										
Revisão da Literatura																										
Entrega da proposta – Submissão a Aprovação Institucional														Férias de Natal												
Seleccção e Inclusão no Estudo																										
Implementação da Estratégia de Intervenção																										
Reavaliação pós-alta																										
Análise dos Dados																										
Elaboração do Relatório																										

## **RECURSOS PREVISTOS**

Previsivelmente serão utilizados como recursos a disponibilidade da autora do estudo, o consentimento informado livre e esclarecido, a escala SF-36, um *flyer* ainda em desenvolvimento que servirá de suporte à sessão de psico-  
-educação, que será ministrada durante a entrevista de alta de enfermagem.

## **PUBLICAÇÕES E APRESENTAÇÕES PREVISTAS**

Não estão previstas outras publicações ou apresentações para além da elaboração da tese de mestrado.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Andrade, Ana Cláudia Fontes - **A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afectivo bipolar**. Revista de Psiquiatria Clínica (Edição Internet), Volume. 26, Número 6, Novembro/Dezembro 1999, disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n6/index.html>
- Erin E. Michalak, Lakshmi N. Yatham e Raymond W. Lam - **Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature**. Health and Quality of Life Outcomes, 2005, 3:72, disponível em <http://www.hqlo.com/content/3/1/72>
- Fernandes, Maria Teresa – **Metodologia do projecto**. Servir. Vol. 47, nº 5 (Setembro/Outubro 1999), p. 233-236
- A George, Julia B. et al. - **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993
- Guerra, Isabel in <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Gutiérrez-Ariza JÁ,

- Ruiz-Veguilla M, Jurado D - **Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample**. Bipolar Disorders, 2008 Jul; Vol. 10 (5), p. 625-34
- IsHak WW; Brown K; Aye SS; Kahloon M; Mobaraki S; Hanna R - **Health-related quality of life in bipolar disorder**. Bipolar Disorders, 2012 Feb; Vol. 14 (1), p. 6-18.
  - J. Sanchez-Moreno, c, A. Martinez-Aranb, R. Tabarés-Seisdedosd, C. Torrenta, E. Vietab, e, J.L. Ayuso-Mateos - **Functioning and Disability in Bipolar Disorder: An Extensive Review**. Psychother and Psychosomatics Agosto 2009; N. 5, Vol. 78, p. 285-297
  - Lolich M; Vazquez GH; Alvarez LM; Tamayo JM - **Psychosocial interventions in bipolar disorder:a review**. Actas Espanolas De Psiquiatria 2012 Mar-Abr; Vol. 40(2), p. 84-92.
  - Phaneuf, Margot in revista Percursos
  - Pires, Ana Luísa de Oliveira – **A pedagogia do projecto**. Formar. Lisboa. nº 16 (Outubro de 1995)
  - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, 2011, Ordem dos Enfermeiros
  - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2011, Ordem dos Enfermeiros
  - Shippee ND, Shah ND, Williams MD, Moriarty JP, Frye MA, Ziegenfuss JY - **Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample**. Health and Quality Of Life Outcomes, 2011 Oct 13; Vol. 9, p. 90, disponível em <http://www.hqlo.com/content/9/1/90>

## **ANEXO I – Modelo de Consentimento Informado e Esclarecido**

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Almerinda de Jesus Espadanal Trincadeiras da Graça, enfermeira, aluna do 3º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Qualidade de Vida e Doença Bipolar”, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste inquérito.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados e que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- ✓ Entregou esta informação;
- ✓ Explicou o propósito deste trabalho;
- ✓ Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Almerinda de Jesus Espadanal Trincadeiras da Graça

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e Data)

### **CONSENTIMENTO**

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- ✓ O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações prestadas, e teve tempo para as ponderar;
- ✓ Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- ✓ Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou que estas lhe fossem explicadas, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas.

Nome do Doente Legível:

\_\_\_\_\_  
(Assinatura Doente ou Representante Legal e Data)



## ANEXO II – Questionário SF-36 (V2)

### QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.....	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia.....	1	2	3
d. Subir vários lanços de escadas.....	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas.....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km.....	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros.....	1	2	3
i. Andar uma centena de metros.....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

Pág. 1-4

**4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades .....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades .....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

**5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades .....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .....	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

<b>7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?</b>					
Nenhumas 1	Muito fracas 2	Ligeiras 3	Moderadas 4	Fortes 5	Muito fortes 6

<b>8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?</b>				
Absolutamente nada 1	Pouco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Imenso 5

<b>9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.</b>					
<b>Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.</b>					
<b>Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.</b>					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?.....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?.....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?.....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?.....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?.....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?.....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?.....	1	2	3	4	5

**10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?**

<b>Sempre</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Algum tempo</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nunca</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.**

	<b>Absolutamente verdade</b>	<b>Verdade</b>	<b>Não sei</b>	<b>Falso</b>	<b>Absolutamente falso</b>
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros.....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima.....	1	2	3	4	5

**MUITO OBRIGADO**

*Pág. 4-4*

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I - Reflexão – *Insight***

## **REFLEXÃO – INSIGHT**

Descrevo uma situação que se passou com uma utente de 37 anos, internada por depressão major com ideação suicida não estruturada.

Durante a entrevista de enfermagem, foi possível perceber o contexto que envolve a situação desta pessoa. Na abordagem inicial a cliente apresentava fácies triste, discurso defensivo e a própria utente refere que o sentimento predominante era a tristeza. Perguntei-lhe desde quando se sentia assim. “Desde os três anos”, respondeu-me. O relato prosseguiu espontaneamente: “ao longo de toda a vida, a minha mãe dizia-me que eu não devia ter nascido”, “a gravidez só aconteceu por vontade do teu pai”. Aos 17 anos, o pai vai viver para o Alentejo e mãe só o não terá acompanhado pela existência desta filha “só não estou com o teu pai por tua causa”, “tu és a culpada”. Na tentativa de dar um novo rumo à sua vida, aos 22 anos terá ido viver com um companheiro, relação que não prosseguiu. Dois anos depois, encontra um novo companheiro de quem acaba por engravidar de uma menina agora com 7 anos, à qual se refere com agrado, apesar de alguma ambivalência nos sentimentos “gosto muito da minha filha mas acho que merece uma mãe melhor” ao mesmo tempo que “ninguém gosta mais dela do que eu” (sic). Perante esta ambivalência esta cliente sente perda da afetividade que sentia nas pessoas que a rodeavam e começou a sentir-me “uma inútil...não presto para nada...!” (sic).

O sentimento de inutilidade foi o motor para o pedido de ajuda, tendo este internamento acontecido após esta doente se ter dirigido voluntariamente ao serviço de urgência.

Esta entrevista continuou, mas apenas transcrevi algumas frases que acabaram por me marcar e fazer refletir. Também sou filha..., e também sou mãe. Perguntei para mim mesma: O que aconteceu a esta mulher? De que forma o seu contexto a conduziu a este desfecho? Sem dúvida que o seu insight é impressionante, avassalador.... A falta de recursos para “dar a volta” de facto fazem os clientes sentirem-se perdidos e sem solução.

A sua descrição fez-me pensar na importância do afeto, que ela nunca terá tido (segundo o que diz) ... Apesar disso ela transmite-o à filha! Apesar de ter uma

mãe que a acusa de todos os males que aconteceram, ela consegue ser afetuosa e proteger a sua filha.

Olho para esta mulher e penso... Não poderia acontecer a qualquer um de nós se tivesse vivido aquele mesmo contexto? Não poderia ela não estar ali se tivesse vivido noutro contexto?

Penso que enquanto profissional, mas também enquanto pessoa não posso deixar de refletir sobre quantas vezes teremos dúvidas ou até mesmo juízos de falar sobre os outros. É fácil afirmar que uma pessoa é “má mãe” ou “uma filha que abandona os pais”, difícil por vezes é perceber em que contexto o faz ou que sentimentos ocorrem quando o faz. Interrogamos até que nível se posicionam como mães, os sacrifícios que se dispõem a fazer ou a não fazer, em vez de recorrermos à empatia e tentarmos compreender o porquê de determinadas ações ou sentimentos.

Esta situação faz-me refletir sobre o contexto da formação da personalidade e mais profundamente até sobre valores éticos, o que é certo ou errado. Uma dicotomia que nem sempre em situação de desequilíbrio emocional é esclarecida. Esta cliente, apesar de não sentir da parte da mãe uma afetividade e sentimento de importância que desejava, apresenta traços de personalidade e um comportamento ao longo do internamento que indicam ser uma pessoa atenciosa e muito afetuosa com a filha.

Creio ser de valorizar a capacidade desta cliente de saber que está errada e que precisa de ter mais ativa no seu papel de mãe, mas não conseguir mudar a sua atitude. É de valorizar o seu verbalizar com clareza de sentimentos mas igualmente uma incapacidade de fazer aquilo que se pode esperar do “papel de mãe”. Ela sente esta ambivalência mas não a consegue contrariar e por isso iniciou uma ideação suicida.

Considero que a experiência proporcionada por esta entrevista contribuiu para o meu autoconhecimento e tomada de consciência de mim mesma, ao mesmo tempo que contribuiu para aprofundar as minhas competências na compreensão da repercussão para a saúde mental do ambiente, família, aspetos culturais, etc. De facto, uma infância e adolescência com um clima onde somos responsabilizados pelos acontecimentos negativos, não será



certamente favorável à construção de uma personalidade saudável e a mecanismo de coping adequados.

## **Apêndice II - Reflexão – Agressividade**

## **REFLEXÃO – AGRESSIVIDADE**

Num dos turnos que fiz neste ensino clínico fui confrontada com um episódio de agressividade protagonizado por um dos doentes internados. Este episódio trouxe-me à memória algumas coisas menos positivas que se diz, normalmente por desconhecimento, dos serviços de psiquiatria e das pessoas com doença mental.

A Organização Mundial de Saúde define agressividade como “todo o uso intencional de força física ou de poder, real ou ameaça, contra a própria pessoa, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que pode resultar em, ou tem alta probabilidade de resultar em morte, lesão danos psicológicos, alteração de desenvolvimento ou de privação.”

Reconheço agora, que nesse dia, uma conjugação de fatores fruto da ansiedade de vários clientes, acabou por criar as condições para a ocorrência. Efetivamente, existiam vários clientes recém-admitidos, ainda instáveis no humor e comportamento, cujos esquemas terapêuticos ainda não se encontravam devidamente implementados, resultando em desequilíbrios emocionais difíceis de estabilizar.

Neste contexto, um dos clientes tinha o seu isqueiro, situação não permitida durante o internamento, acabando este por lhe ser retirado. Pouco tempo depois, outro doente verificou que o isqueiro comunitário tinha desaparecido. As suspeitas recaíram de imediato sobre o primeiro cliente a que me refiro. Após várias tentativas sem sucesso, para que este acatasse as normas do serviço e, perante a sua inquietação crescente, este processo culminou com a contenção física e química, tendo-se então verificado que efetivamente o isqueiro comunitário estava na sua posse. Noutro ponto do serviço, alheios às razões da demora, os outros clientes insistiram para que o isqueiro comunitário fosse reposto no seu lugar.

Eis que, imprevisivelmente, um deles, correu em direção a um dos elementos da equipa de enfermagem com a intenção clara de fisicamente o agredir. Por aquela altura, valeu a intervenção de outros clientes que seguraram e imobilizaram o agressor, não tendo este chegado a consumir as suas

intenções, evitando aquilo que parecia certo – a agressão física contra o enfermeiro do serviço.

Obviamente, ao longo da minha experiência profissional, já lidei com clientes hostis, sobretudo verbalmente, mas, diga-se, que nunca neste contexto nem com tal nível de agressividade e predisposição para a violência física, nomeadamente tendo como ponto de partida uma situação que já estava a ser solucionada.

Esta experiência fez-me refletir sobre as posturas a adotar principalmente no que diz respeito à valorização que deve ser dada ao ponto de vista do outro. Algo que para mim estava à partida resolvido – a efetiva substituição do isqueiro comunitário – para o outro não estava, ou demorava demasiado tempo a concretizar-se. Este ráptus de impulsividade não foi em contexto psicótico, existia sim uma evidente baixa de tolerância á frustração por parte do cliente, fruto da sua instabilidade do humor. A agressividade num doente pode surgir de uma forma inesperada. Logo que ela surja e, sempre que possível, deve ser tentada a realização de uma abordagem verbal como forma prioritária de contenção. No entanto, este tipo abordagem não foi eficaz e o cliente só demoveu-se de suas intensões após algum tempo em que os outros clientes o seguravam e pediam para ele parar e se acalmar.

Penso que ao longo da nossa experiência vamos adquirindo competências para melhor lidar com estas alterações repentinas dos doentes. No entanto, quando sentimos que a nossa integridade pode ser colocada em risco, todo o processo adquire maior complexidade. Considero que prever e controlar a agressividade do cliente “psiquiátrico” é um dos maiores desafios que temos quando cuidamos de doentes com este tipo de desequilíbrios.

Na minha opinião, o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca tem uma boa articulação com o corpo de segurança e policia que dão um precioso apoio neste tipo de situações, pois estão despertos para uma atuação rápida e adequada a este tipo de clientes, sempre em sintonia com a equipa multidisciplinar do serviço. No entanto, devido ao rápido desenrolar dos acontecimentos, certamente que não teriam tempo de chegar para dar apoio, sendo pois de valorizar a atuação dos outros clientes, que impediram consequências mais graves.

Depois do incidente, o cliente ficou mais calmo e sem ideação de agressão ao enfermeiro, embora sempre com uma tensão latente, e foi falar com a médica assistente e outra do internato de psiquiatria.

A pergunta que me veio logo á mente foi: Seria aconselhável falar com o cliente e a sós? Creio que seria sempre um risco! Creio que entrevistar o cliente acompanhado de um colega ou outra pessoa (profissional ou mesmo sem ser profissional de saúde) seria certamente mais contentor para o cliente e mais seguro para o profissional. E se essa outra pessoa conhecer bem o cliente e tiver uma relação mais privilegiada, creio que certamente será mais contentor para o cliente.

Apesar de o cliente ficar mais calmo logo de seguida, creio que não devemos ignorar o comportamento agressivo, com a esperança de que ele vá passar. Creio que o cliente que se sente ignorado pode provavelmente querer “chamar a atenção” para a si ou para a sua necessidade, neste caso a reposição do isqueiro.

Depois pensei: Será que a situação poderia ser evitada? Será que poderíamos esperar tal impulsividade? Creio que não pois o cliente, apesar de tenso, esperava o isqueiro tal como os outros, e teve aquele ráptus sem nenhum motivo aparente. Claro que por vezes os comportamentos dos clientes indiciam alguma agressividade latente, e nessa altura deveremos ter uma postura que ajude a controlar essa agressividade. Mas não pareceu á equipa ser o caso no episódio que descrevo.

Esta situação foi o ponto de partida para refletir sobre a exacerbação dos estímulos na pessoa com doença mental e, conseqüentemente, na possibilidade de uma resposta impulsiva e difícil de controlar. Parece-me que é uma mais-valia poder depara-me com este tipo de risco ou possibilidade de atentado à equipa de enfermagem pois certamente ficarei mais desperta, tentando assegurar não só a resolução destes “pequenos” (que podem ser percecionados pelo outro como grandes) conflitos, como a segurança de todos os presentes, equipa e restantes doentes internados.

Não posso deixar de pensar nas outras oportunidades de desfecho desta situação: a possibilidade da agressão consumada contra o enfermeiro, ou a

possibilidade da agressividade ser desencadeada contra o cliente que impede a tentativa da agressão.

**Apêndice III - Planeamento das intervenções de educação para  
a saúde**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA**

---

**ENSINO CLÍNICO  
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA – SERVIÇO DE  
PSIQUIATRIA**

---

**Plano de Intervenção - Sessões de Educação para a Saúde**

---

Almerinda Graça

Lisboa, Novembro/Dezembro de 2012



## INDÍCE

1. INTRODUÇÃO .....	III
2. PLANO DE INTERVENÇÃO - ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO.....	V
3. PLANO DE INTERVENÇÃO – ATIVIDADE FÍSICA.....	XIV
4. PLANO DE INTERVENÇÃO – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	XXII

## 1. INTRODUÇÃO

Defende o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro enquanto prestador de “cuidados de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário” (OE, 2010: p. 7). Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, publicado pela Ordem dos Enfermeiros em 2011, “os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, recuperar e melhorar a saúde ajudando-o a recuperar a sua capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2011, p. 4). No mesmo documento, a enfermagem de saúde mental foca-se na “promoção da saúde mental e do bem-estar (...) no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desadaptadas ou desajustadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, (...) no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental” (OE, 2011, p. 4).

No âmbito do curso de mestrado de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foi elaborado um projeto de ensino clínico que tem por finalidade contribuir para a aquisição de competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica nos cuidados prestados à pessoa com doença bipolar e sua qualidade de vida, deixando antever que intervenções feitas junto destes doentes que não só as farmacológicas, podem melhorar a sua perceção de qualidade de vida relacionada com a saúde. Definiram-se então alguns objetivos específicos, entre os quais experienciar com supervisão o desenvolvimento de intervenções de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa com doença bipolar e implementar uma estratégia de intervenção terapêutica que vise a melhoria da qualidade de vida em clientes com doença bipolar. Com a ajuda do enfermeiro orientador, foram então identificadas três temáticas

sobre as quais poderiam ser feitas abordagens no sentido de perseguir os objetivos e pressupostos anteriormente descritos.

Assim, e face ao exposto, foram idealizadas três sessões de educação para a saúde:

- “Adesão ao regime terapêutico”;
- “Alimentação saudável”;
- “Atividade física”.

O presente documento engloba a planificação destas intervenções. Para cada uma delas encontram-se os aspetos relacionados com a data de realização, participantes, local da sessão e uma reflexão sobre a atividade desenvolvida. Para além da bibliografia utilizada, no final de cada uma das intervenções, poderão ser consultados os diapositivos utilizados e suporte distribuído em formato *flyer*.

## 2. PLANO DE INTERVENÇÃO - ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

### **Data**

23 de novembro de 2012

---

### **Local**

Sala de Atividades do Serviço

---

### **Duração**

15 minutos

---

### **Descrição da Intervenção**

Esta sessão de educação para a saúde, prevê como primeiro momento a apresentação de todos os participantes. Segue-se uma apresentação oral, apoiada por diapositivos que podem ser consultados em seguida, com apelo à participação promovida pela utilização de um método interrogativo, feita com recurso à projeção de diapositivos.

---

### **Recursos**

Computador, televisor e *flyer* (disponível nas páginas seguintes).

---

### **Participantes e Contexto**

Seis clientes com doença mental internados no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca, que durante o seu percurso de doença já tinham tido pelo menos um episódio de abandono do regime terapêutico, identificado pela consulta em processo clínico da informação obtida na entrevista de acolhimento.

---

Como critério de exclusão foi definido a recusa em participar voluntariamente na sessão, a existência de deficit cognitivo ou visual e a presença de alteração da comunicação.

---

### **Objetivos**

#### Objetivo Geral:

Identificar a importância de cumprir o regime terapêutico;

#### Objetivos Específicos:

Estimular a comunicação verbal e não-verbal;

Estimular a interação social;

Promover o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro-cliente;

Identificar vantagens e benefícios no cumprimento do regime terapêutico.

---

### **Reflexão**

Após algumas semanas de estágio e um conhecimento mais aprofundado do tipo de doentes preferencialmente internados neste serviço e dos principais problemas com os quais a equipa de enfermagem se depara, considerei interessante abordar a temática da adesão terapêutica.

Tendo em conta as características específicas dos clientes com patologia do foro psiquiátrico é frequente o abandono da terapêutica ou que muitas vezes nem sequer percebam a importância de cumprir os esquemas propostos, constituindo esta matéria um desafio considerável para o enfermeiro especialista. Tomemos como exemplo a perspetiva de Satin (2005, p.106) “As taxas de não-adesão são altas em transtorno bipolar, representando 47% em alguma fase do tratamento ou 52% durante um período de dois anos”.

Para além da relevância dos dados estatísticos em termos da não-adesão à terapêutica é importante, enquanto profissionais, tentarmos perceber quais os fatores que conduzem a esta não adesão. SANTIN e CERESÉR (2005) enunciam uma série de fatores que podemos considerar válidos, tais como: as atitudes e crenças dos doentes em relação ao tratamento, abuso de substâncias como álcool ou drogas, falta de conhecimento sobre a doença,

estrutura familiar ou simplesmente o facto de se sentirem melhor e não reconhecer a importância de continuar com a medicação.

MIASSO, MONTESCHI e GIACCHERO (2009) salienta que a adesão à terapêutica também sobre a influência da relação que o cliente psiquiátrico estabelece com a equipa, realçando assim o papel que o enfermeiro especialista pode ter nesta âmbito. No decorrer da tomada de consciência do papel fundamental do enfermeiro neste processo surgiu esta atividade. A atividade consistiu numa sessão de esclarecimento direcionada aos doentes do internamento com aparente integridade das suas capacidades cognitivas. Após a aprovação por parte do enfermeiro orientador de ensino clínico a sessão foi estruturada atendendo à população a que se destina, assim sendo foram selecionados os conteúdos e elaborada uma apresentação sucinta com os aspetos mais relevantes da temática, para conhecimento dos clientes.

O grande objetivo da sessão foi sensibilizar os clientes para a importância de cumprirem o seu plano terapêutico assim como fomentar a confiança na equipa. Para alcançar este objetivo é preciso que os doentes encarem a equipa como um recurso positivo na evolução do seu processo saúde-doença. A estratégia utilizada consistiu em introduzir o conceito de medicação e os principais tipos de medicamentos utilizados na área da psiquiatria. Seguiu-se a enfatização das vantagens do cumprimento da medicação, bem como a desvantagens da não-adesão, sempre no sentido de demonstrar a importância do papel ativo e colaborante do cliente neste processo. Para minha surpresa, os clientes mostraram-se interessados em aprender algo sobre “os comprimidos que tomamos todos os dias”, a sessão teve a duração de 15 minutos e contou com a presença de 6 clientes.

A audiência esteve atenta e até participativa quando, quase no final, procedi a alguma validação dos conhecimentos. No final achei que seria benéfico reforçar algumas considerações que tentam evidenciar a importância da atitude do doente para o seu tratamento, visto que segundo Miasso (2009) para promover a adesão do doente à terapêutica é crucial que ele sinta algum benefício com a mesma.

Tendo em conta o *feedback* que obtive por parte dos clientes e também por parte dos colegas que assistiram, penso que a atividade foi muito positiva e

acabou por contribuir significativamente para desenvolver e consolidar a confiança dos clientes na equipa de saúde e em mim. Desta forma, senti que a minha prestação com esta atividade foi útil e enriquecedora bidireccionalmente, atendendo a que melhorei o conhecimento dos doentes sobre a terapêutica e simultaneamente, desenvolvi a minha relação com eles e afirmação na equipa enquanto profissional de referência.

Por fim, considero que abordar este tema é de extrema importância para a minha formação visto que, segundo ROSA e ELKIS (2007), a não-adesão terapêutica em psiquiatria é, efetivamente, um dos principais obstáculos para o controlo da sintomatologia nestes clientes.

---

## **BIBLIOGRAFIA**

- MIASSO AI, MONTESCHI M, GIACCHERO KG – Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento.... Revista Latino-americana Enfermagem, Vol. 17, n.º 4 (Julho-Agosto 2009).
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, 2011
  - ROSA, M.A.; ELKIS, H. - Adesão em esquizofrenia. Revista Psiquiatria Clínica. N.º 34, Supl. 2 (2007), p. 189-192.
  - SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA, A. – Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. Revista Psiquiatria Clínica. N.º 32, Supl. 1 (2005), p. 105-109.
-

## DIAPOSITIVOS E FLYER UTILIZADOS NA SESSÃO

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem  
de Lisboa

Almerinda Graça

### ADESÃO À TERAPÊUTICA

PSIQUIATRIA

### DEFINIÇÃO DE MEDICAMENTO

- “Um medicamento é toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”
- O Estatuto do Medicamento - Decreto-Lei 76/2006 de 30 Agosto (transpõe a definição comunitária para o contexto nacional - Directiva 2001/83/CE, de 6 de Novembro, alterada pela Directiva 2004/27/CE, de 31 de Março)



### MEDICAMENTOS EM PSIQUIATRIA

- Benzodiazepinas
- Antipsicóticos
- Antidepressivos
- Estabilizadores do Humor



### MEDICAMENTOS EM PSIQUIATRIA

- Benzodiazepinas
  - Diminuição da ansiedade na pessoa sem afectar as funções psíquicas e motoras.
- Antipsicóticos
  - Tratamento das psicoses.
- Antidepressivos
  - Tratamento dos sintomas depressivos.
- Estabilizadores do Humor
  - Manutenção da estabilidade do humor.



### MEDICAMENTOS EM PSIQUIATRIA VANTAGENS

- Previne as recaídas da doença e novos internamentos;
- Previne o agravamento das queixas;
- Permite a melhoria da doença e o regresso à vida normal;
- Eventuais efeitos secundários são raros e passam pouco tempo depois do início do tratamento;
- Os medicamentos não causam dependência.



### MEDICAMENTOS EM PSIQUIATRIA

- Desvantagens de não tomar a medicação:
- Insónia;
- Ansiedade ou depressão;
- Recaída e reinternamento
- Agitação psico-motora;
- Alteração do raciocínio e da capacidade de concentração;
- Deterioração da capacidade de trabalho e da relação social e familiar.





## MEDICAMENTOS EM PSIQUIATRIA ASPECTOS IMPORTANTES

- Seguir a duração do tratamento conforme indicado;
- Cumprir o plano medicamentoso prescrito pelo seu médico;
- Nunca interrompa o tratamento;
- Respeitar e cumprir os horários da terapêutica (Ex: Colocar alarme no telemóvel);
- Nunca utilizar medicamentos que foram receitados para outras pessoas;
- Contacte a equipa de saúde sempre que lhe sejam receitados outros medicamentos.



## MEDICAMENTOS EM PSIQUIATRIA



## NÃO SE ESQUEÇA ...

- Os resultados só se conseguem se cumprir o esquema terapêutico prescrito pelo Médico;
- Só assim consegue o equilíbrio da doença e a prevenção das crises;
- QUALQUE DÚVIDA ...

... CONTACTE A EQUIPA DE SAÚDE







## IMPORTANTE

Seguir a duração do tratamento  
conforme indicado

Cumprir o plano medicamentoso  
prescrito pelo seu médico

Nunca interrompa o tratamento

Respeitar e cumprir os horários da  
terapêutica  
(Ex: Colocar alarme no telemóvel)

Nunca utilizar medicamentos que  
foram receitados para outras pessoas

Contacte a equipa de saúde sempre  
que lhe sejam receitados outros  
medicamentos

## NÃO SE ESQUEÇA...

Os resultados só se conseguem se  
cumprir o esquema terapêutico  
prescrito pelo Médico

Só assim consegue o equilíbrio da  
doença e a prevenção das crises

## QUALQUE DÚVIDA ...

... **CONTACTE A EQUIPA DE SAÚDE**



# ADESÃO À TERAPÊUTICA



## VANTAGENS DA MEDICAÇÃO

Previne as recaídas da doença e novos internamentos

Previne o agravamento das queixas



## VANTAGENS DA MEDICAÇÃO

Permite a melhoria da doença e o regresso à vida normal

Eventuais efeitos secundários são raros e passam pouco tempo depois do início do tratamento

## DESVANTAGENS DE NÃO TOMAR A MEDICAÇÃO

Insónia

Ansiedade ou depressão

Recaída e reinternamento

Agitação psico-motora

Alteração do raciocínio e da capacidade de concentração

Deterioração da capacidade de trabalho e da relação social e familiar



### 3. PLANO DE INTERVENÇÃO – ATIVIDADE FÍSICA

---

**Data**

30 de novembro de 2012

---

---

**Local**

Sala de Atividades do Serviço

---

---

**Duração**

15 minutos

---

---

**Descrição da Intervenção**

Inicialmente prevê-se a apresentação de todos os participantes nesta sessão de educação para a saúde, ao que se seguirá uma apresentação oral suportada pela projeção de diapositivos que poderão ser consultados nas páginas seguintes. Será feito um apelo à participação, recorrendo ao método interrogativo.

---

---

**Recursos**

Computador, televisor e *flyer* (este suporte poderá ser consultado a seguir)

---

---

**Participantes e Contexto**

Cinco clientes à data internados no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, portadores de doença mental, que de entre a totalidade da população, se voluntariou para participar.

A recusa em participar voluntariamente na sessão e a deficiência impeditiva do exercício físico foram os únicos critérios de exclusão.

---

## **Objetivos**

### Objetivo Geral:

Sensibilizar para importância do exercício físico regular;

### Objetivos Específicos:

Promover a prática de exercício físico regular;

Promover o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro-cliente;

Identificar as vantagens da atividade física.

---

## **Reflexão**

Durante o ensino clínico realizado deparei-me com alguns aspectos totalmente novos no meu percurso de formação. É certo que a experiência profissional nos vai trazendo conhecimento e competências para lidar com as mais diversas situações de fragilidade do ser humano, mas na verdade quando esta fragilidade afeta a componente emocional e comportamental das pessoas parece que todo o processo é mais complexo.

A minha expectativa em relação a este ensino clínico tem sido amplamente ultrapassada e a cada atividade desenvolvida os resultados têm sido mais positivos, originando em mim uma motivação maior para continuar a melhorar o meu desempenho e, acima de tudo proporcionar uma melhoria no processo de saúde-doença dos doentes com quem me vou cruzando.

Segundo ANDRADE e PEDRÃO (2005), a atividade física contribui de forma significativa para a qualidade de vida das pessoas e sobretudo nas pessoas com doença mental. Podem salientar-se benefícios psicológicos como a diminuição da ansiedade e do stress. Por outro lado, pessoas que praticam regularmente atividade física são geralmente mais confiantes e apresentam um nível de autocontrolo mais elevado.

Ao refletir sobre esta temática posso considerar que este tipo de atividade no seio de um serviço com doentes mentais em fase aguda é ainda mais relevante, pois para além das vantagens de controlo do *stress* poderá facilitar o

desenvolvimento de competências sociais e despertar para a noção de grupo/equipa.

Assim sendo, com o intuito de dinamizar uma atividade com benefícios para os doentes do serviço foi elaborada uma apresentação focada no objetivo de despertar a curiosidade dos doentes acerca das vantagens de realizarem regularmente atividade física e, qui çá, alcançar uma potencial mudança de comportamento.

Para dar início foi apresentado um enquadramento concetual dos principais conceitos do tema, apresentados os principais tipos de atividade física, e enfatizados os benefícios que esta prática regular pode causar na qualidade de vida e bem-estar das pessoas com doença mental. No sentido de melhor alcançar o objetivo de sensibilização proposto foram transmitidos os benefícios físicos e psicológicos da atividade física, baseados em exemplos facilmente tangíveis e ilustrados na “pirâmide da atividade física”.

Depois de ter conseguido validar que os meus “formandos” estavam a interiorizar e perceber os conteúdos, com estratégias de comunicação direta (e com a própria intervenção espontânea por parte de alguns doentes), considerei necessário tecer algumas recomendações para tornar a prática do exercício físico mais segura e também mais motivadora.

Por último, talvez a mensagem mais difícil de transmitir....como poderão começar com estes hábitos mais saudáveis...! Sabemos que as questões relacionadas com a educação para a saúde em relação à prática de atividade física são geralmente ingratas. Penso que muitas vezes os doentes compreendem a nossa mensagem e percebem a sua necessidade efetiva de cumprir as recomendações, mas falta-lhes a força de vontade e a motivação para conseguir por o plano de mudança de prática. Todo este processo é complexo numa pessoa sem patologia mental, logo mais complexo será num doente com um desequilíbrio emocional ou comportamental. Mais uma vez o desafio na área da saúde mental é ainda mais relevante. A adicionar a esta possível falta de motivação para a mudança e para adquirir estes hábitos mais saudáveis, devemos ainda juntar a impossibilidade de começar este tipo de atividades com frequência no serviço. Em termos de espaço físico, o serviço não é pequeno e possui espaços e salas que permitem o desenvolvimento de

atividades que podem facilitar a recuperação e reabilitação da pessoa com doença mental, mas aparentemente ainda há muito a fazer. Fica a ideia de poder ser feita uma “parceria” com o serviço de medicina física e reabilitação (por exemplo, uso periódico do ginásio ou de materiais) e quem sabe poder integrar-se um programa que possa sensibilizar cada vez mais os doentes e as suas famílias para o grande benefício da prática de atividade física.

Ainda que o contexto de ensino clínico seja direcionado para os doentes que já evidenciam sintomatologia de doença mental, penso que enquanto equipa de saúde também devemos pensar na prática de exercício físico como uma ferramenta poderosa no combate à instalação da doença mental. Podemos pensar na hipótese de atuar de forma preventiva, através de estratégias que permitam às pessoas em situações potencialmente de risco (nomeadamente *stress* excessivo, ou outro tipo de possíveis fatores desencadeantes) a incorporar no seu quotidiano uma atividade física que lhe proporcione bem-estar e, simultaneamente, lhe permita descarregar e eliminar possíveis focos de desequilíbrio.

Desta forma, posso concluir a minha reflexão referindo que foi gratificante realizar esta atividade que teve boa receptividade por parte dos doentes do serviço, mas sobretudo foi muito importante tomar consciência da importância da atividade física e assim poder ser eu também um instrumento de sensibilização e mudança na equipa de saúde.

---

## **BIBLIOGRAFIA**

- ANDRADE, Rubio; PEDRÃO, Luis – Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. Revista Latino-americana Enfermagem. Setembro-Outubro, 2005.
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, 2011.
-



## DIAPOSITIVOS E FLYER UTILIZADOS NA SESSÃO

**ESEL**  
Estratégia de Saúde  
e Bem-estar

Almerinda Graça

### ACTIVIDADE FÍSICA


**PRÊMIOS FISICA**  
2013

### CONCEITOS

- **Actividade Física**
  - É definida como todo e qualquer movimento corporal produzido pela contração muscular-esquelética resultando num gasto energético.
- **Exercício Físico**
  - É uma actividade repetida e estruturada que visa a obtenção dum objectivo concreto tendo em vista a manutenção ou melhoria da aptidão física (Caspersen e col, 1985).

### TIPOS DE ACTIVIDADE FÍSICA

- **Utilitária**
  - Subir escadas;
  - Andar a pé, passear o cão, fazer caminhadas;
  - Dançar;
  - Etc.
- **Desporto**
  - Nadar;
  - Correr/ "Jogging";
  - Jogar futebol;
  - Praticar ginástica;
  - Etc.




### BENEFÍCIOS DA ACTIVIDADE FÍSICA

- **Nível cardiovascular:**
  - Reduz o risco de desenvolver problemas cardiovasculares;
  - Ajuda a reduzir a hipertensão;
  - Ajuda no controlo do peso corporal;
  - Reduz o risco de morte prematura.
- **Nível muscular, ósseo e articular:**
  - Promove a manutenção ou aumento de massa muscular;
  - Aumenta a força e a resistência de tendões e ligamentos;
  - Promove o aumento da mobilidade articular;
  - Previne a osteoporose, através do stress mecânico;
  - Reduz o risco de lombalgia.



### BENEFÍCIOS DA ACTIVIDADE FÍSICA

- **Nível psicológico e psico-motor:**
  - Aumenta a coordenação e agilidade;
  - Melhora do equilíbrio e orientação espacial;
  - Melhora a concentração e a memória;
  - Melhora a capacidade para desenvolver as tarefas diárias;
  - Promove a auto-estima e a auto-confiança;
  - Promove a sensação de bem-estar e conforto geral;
  - Incentiva o contacto social;
  - Diminui a insónia e o stress.



### PIRÂMIDE DA ACTIVIDADE FÍSICA



## ACTIVIDADE FÍSICA RECOMENDAÇÕES

- Uso de roupas e calçado adequados;
- Ingestão de grandes quantidades de líquidos, antes do exercício;
- Praticar actividades apenas quando se sentir bem;
- Iniciar as atividades de forma lenta e gradual;
- Evitar o consumo de tabaco e álcool;
- Alimentar-se até duas horas antes do exercício;
- Respeitar seus limites pessoais;
- Parar a actividade e informar se sentir qualquer sintoma.



## ACTIVIDADE FÍSICA COMO COMEÇAR...

- Escolha uma actividade que goste e lhe dê prazer;
- Selecciono o horário mais adequado à sua vida pessoal e profissional;
- Prefira uma actividade que seja estranha à sua rotina pessoal e profissional;
- É mais fácil começar se optar por uma actividade que envolva os seus amigos ou familiares;
- Acredite que o seu esforço é produtivo. Ou seja, a sua dedicação à actividade física vale a pena.



## ACTIVIDADE FÍSICA



## NÃO SE ESQUEÇA QUE A ACTIVIDADE FÍSICA...

- Diminui e previne o risco de doenças cardiovasculares, osteo-articulares, musculares, entre outras;
- Melhora a condição física e atlética;
- Aumenta a auto-estima e a auto-confiança;
- Ajuda a manter o peso adequado;
- Aumenta a esperança de vida.



## BENEFÍCIOS DA ACTIVIDADE FÍSICA

Aumenta a coordenação e agilidade;

Melhora do equilíbrio e orientação espacial;

Melhora a concentração e a memória;

Melhora a capacidade para desenvolver as tarefas diárias;

Promove a auto-estima e a auto-confiança;

Promove a sensação de bem-estar e conforto geral;

Incentiva o contacto social;

Diminui a insónia e o stress.



## NÃO SE ESQUEÇA QUE A ACTIVIDADE FÍSICA...

Diminui e previne o risco de várias doenças

Melhora a condição física e atlética

Aumenta a auto-estima e a auto-confiança

Ajuda a manter o peso adequado

Aumenta a esperança de vida

**QUALQUE DÚVIDA ...**

**... CONTACTE A EQUIPA DE SAÚDE**



# ACTIVIDADE FÍSICA

# A ACTIVIDADE FÍSICA

É definida como todo e qualquer movimento corporal produzido pela contracção músculo-esquelética resultando num gasto energético

## TIPOS DE ACTIVIDADE FÍSICA

Subir escadas;

Andar a pé/Passar o cão/Fazer caminhadas;

Correr/“Jogging”;

Jogar futebol;

Praticar ginástica;

Andar de bicicleta;

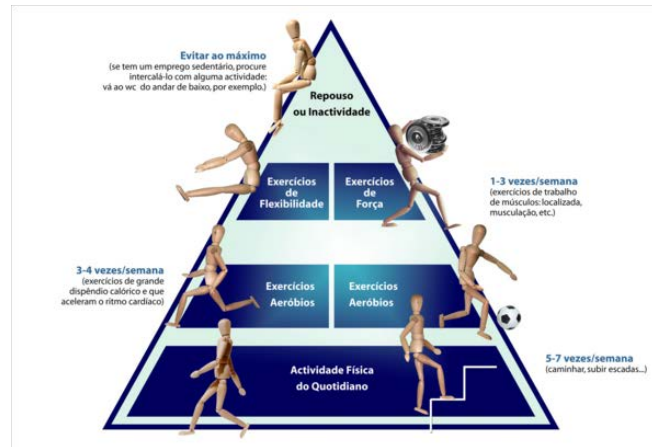
Dançar;

Nadar;

etc.



## PIRÂMIDE DA ACTIVIDADE FÍSICA



## RECOMENDAÇÕES

Use de roupas e calçado adequados;  
Ingira grandes quantidades de líquidos, antes do exercício;

Pratique actividades apenas quando se sentir bem;

Inicie as actividades de forma lenta e gradual;

Evite o consumo de tabaco e álcool;  
Alimente-se até duas horas antes do exercício;

Respeite seus limites pessoais;  
Pare a actividade se sentir qualquer queixa.

## BENEFÍCIOS DA ACTIVIDADE FÍSICA

Reduz o risco de desenvolver problemas cardiovasculares;

Ajuda a reduzir a hipertensão;

Ajuda no controlo do peso corporal;

Reduz o risco de morte prematura.

Promove a manutenção ou aumento de massa muscular;

Aumenta a força e a resistência de tendões e ligamentos;

Previne a osteoporose, através do stress mecânico;

Promove o aumento da mobilidade articular;

Reduz o risco de lombalgia.



#### 4. PLANO DE INTERVENÇÃO – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

---

**Data**

18 de dezembro de 2012

---

---

**Local**

Sala de Atividades do Serviço

---

---

**Duração**

15 minutos

---

---

**Descrição da Intervenção**

A sessão será iniciada com uma apresentação dos participantes. Finda esta parte inicial, é realizada uma apresentação oral suportada em diapositivo, passíveis de consulta nas páginas seguintes, bem como o *flyer* distribuído. O apelo à participação será feito recorrendo ao método interrogativo

---

---

**Recursos**

Computador, televisor e *flyer*.

---

---

**Participantes e Contexto**

Seis clientes com doença do foro mental que voluntariamente desejaram participar nesta sessão, que na altura se encontravam internados no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor. Fernando Fonseca.

A recusa em participar voluntariamente na sessão e o deficit cognitivo constituíram os critérios de exclusão.

---

## **Objetivos**

### Objetivo Geral:

Sensibilizar para importância da alimentação saudável;

### Objetivos Específicos:

Promover o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro-cliente;

Identificar as vantagens de uma alimentação saudável.

---

## **Reflexão**

Atendendo a vários estudos realizados a alimentação desadequada constitui atualmente um preocupante problema de saúde pública. Pode começar na infância e alargar-se por vários anos de maus hábitos alimentares que podem ter repercussões em termos de aumento excessivo de peso (obesidade), aumento da tensão arterial e dos níveis de colesterol, entre outros. Estes aspetos estabelecem uma perigosa combinação que afeta a qualidade de vida das pessoas. Também as pessoas com doença mental estão sujeitas a co-morbididades e pelo seu desequilíbrio emocional e comportamental podem evidenciar um maior descuido no que diz respeito à alimentação (à sua e à da sua família consoante o seu papel na mesma).

Para se abordar a temática da alimentação saudável em saúde mental podemos estender-nos por duas óticas diferentes. Por um lado, a ótica do distúrbio alimentar instalado (como a anorexia ou a bulimia, cuja gravidade pode conduzir a internamento e até morte) ou sob a ótica da prevenção (apelando à adoção de hábitos alimentares saudáveis no doente com patologia do foro psiquiátrico com o intuito de prevenir outras doenças como a hipertensão, a obesidade ou a diabetes que apenas poderão complicar ainda mais o nível de saúde do doente).

De uma forma geral, VITOLO et al. (2005) refere que a alimentação baseia-se na disponibilidade de alimentos que cada pessoa dispõe e esta está diretamente relacionada com aspetos culturais e educacionais, assim como financeiros.

Por outro lado, GRADO e ROLIM (2009) referem que os distúrbios de origem alimentar como a anorexia e a bulimia podem conduzir à morte e são

responsáveis por aproximadamente 20% das mortes de entre as várias patologias psiquiátricas.

Tomando como ponto de partida qualquer uma das motivações supramencionadas foi desenvolvida uma atividade em ensino clínico alusiva à alimentação saudável.

A sessão teve início com a exposição dos princípios da alimentação saudável, apresentação da roda dos alimentos (no sentido de sensibilizar os doentes) para as proporções de cada grupo alimentar (que são imensas vezes invertidas); foi igualmente apresentada a pirâmide alimentar. A restante sessão teve por base os dez passos da alimentação saudável que funcionaram como *guidelines* para os doentes perceberem como podem por em prática dos conhecimentos transmitidos. Estes passos para além de tocarem em pontos de cultura geral e que quase todas as pessoas têm acesso tocam também em alguns pontos de maior fragilidade, nomeadamente, a questão da evicção tabágica e alcoólica. Tanto o álcool como o tabaco são substâncias passíveis de abuso por parte das pessoas com patologia mental, são muitas vezes encaradas como um refúgio para as situações limite e foi talvez este ponto que gerou maior discórdia ou maior fuga de atenção por parte dos doentes que assistiam à sessão.

Mais uma vez tal, como acontece com a prática de atividade física, as pessoas podem ter a noção que não estão a agir da melhor forma, mas dificilmente conseguem tomar a atitude que lhes permite mudar o seu comportamento no sentido da melhoria da qualidade de vida. Acontece que, frequentemente, no meio hospitalar os doentes podem ter uma alimentação mais equilibrada e variada mas quando reintegram a comunidade e voltam para as suas casas, seja por hábito ou por dificuldades económicas e de tempo, acabam muitas vezes por retomar os maus hábitos (como saltar refeições, abusar do sal ou dos doces, etc.).

De qualquer forma, embora a eficácia da sessão não possa ser efetivamente avaliada no decurso do ensino clínico, o *feedback* obtido através da participação e comportamento dos clientes que participaram foi muito positivo. Mostraram-se novamente recetivos à informação e com questões em alguns

casos pertinentes o que acaba por ser bastante motivador para mim enquanto agente de mudança.

Considero que nos casos dos clientes em que se suspeite de muita dificuldade na gestão dos hábitos alimentares poderia ser interessante monitorizar os erros e delinear algumas intervenções que pudessem ser aplicadas e validadas mesmo com o doente já no domicílio com alguma estratégia de *follow-up* por parte da equipa de enfermagem. É também neste ponto, em que a intervenção de enfermagem numa fase aguda, pode cruzar-se com medidas de prevenção importantes assim comprovando a importância de uma abordagem integrada da pessoa com doença mental, identificando outros possíveis fatores de risco e tentando minimizá-los e colocando a função do enfermeiro especialista em saúde mental numa posição de complementaridade com o enfermeiro generalista.

Esta visão global e holística da pessoa com doença mental realça a importância do *background* educacional e cultural do enfermeiro na operacionalização da mudança de atitude do cliente, mostrando por um lado a mobilidade de conhecimentos durante a sessão e, por outro lado, a preocupação com o cliente como um todo e não como uma patologia ou distúrbio

---

## **BIBLIOGRAFIA**

- GRANDO, Lucia; ROLIM, Marli – Os transtornos da alimentação sob a ótica dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enfermagem. Setembro-Outubro, 2009.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, 2011.
- VITOLO, Marcia; BORTOLINI, Gisele; FELDENS, Carlos; DRACHLER, Maria – Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. Cadernos de Saúde Pública. Setembro-Outubro, 2005.



## DIAPOSITIVOS E FLYER UTILIZADOS NA SESSÃO

**ESEL**  
Energia Superior  
Em Lazer

Almerinda Graça

### ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

**PRINCÍPIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

### PRINCÍPIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- A alimentação entre outras funções:



- Assegura a sobrevivência do ser humano;
- Fornece energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo;
- Contribui para a manutenção do nosso estado de saúde físico e mental;
- Desempenha um papel fundamental na prevenção de certas doenças (ex.: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipos de cancro, etc.);
- Contribui para o adequado crescimento e desenvolvimento

### PRINCÍPIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

**RODADOS ALIMENTOS**

- Sete sectores
- Três regras fundamentais
  - Completa
  - Variada
  - Equilibrada




A – Lacticínios e derivados  
B – Carne, peixe e ovos  
C – Leguminosas  
D – Cereais, derivados e tubérculos  
E – Hortícolas  
F – Fruta  
G – Gorduras  
H – Água

### PRINCÍPIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- Ter hábitos alimentares saudáveis não significa fazer uma alimentação restritiva ou monótona;
  - Pelo contrário, um dos pilares fundamentais para uma alimentação saudável é a variedade. Quanto mais variada for a sua seleção alimentar, melhor!
  - Diferentes alimentos contribuem com diferentes nutrientes.
- Não tem que abdicar daqueles alimentos menos saudáveis de que tanto gosta;
  - O importante é que o consumo desses alimentos constitua a exceção e não a regra.
- Fazer uma alimentação saudável deve ser encarado como uma oportunidade para expandir o seu leque de escolhas.

### PRINCÍPIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- Produtos hortícolas, frutos, cereais e leguminosas são alimentos ricos em fibra, vitaminas, sais minerais e com baixo teor de gordura, por isso devem ser os "alimentos base";
  - A maior parte das calorias que consome diariamente devem ser provenientes de alimentos de origem vegetal.
- É fundamental procurar obter um equilíbrio entre a energia que se consome e a energia que se gasta;
  - Não se deve consumir mais energia do que aquela que se consegue gastar, caso contrário haverá acumulação de gordura e aumento de peso.



### PRINCÍPIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

**PIRÂMIDE ALIMENTAR**



## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### 1º PASSO

- Estabeleça um horários para as refeições
  - A primeira decisão para uma alimentação saudável é respeitar ao máximo os horários das refeições;
  - Procure fazer de 5 a 6 refeições ao longo do dia;
  - Intercale lanches saudáveis entre as principais refeições (pequeno-almoço, almoço e jantar);
  - Evite "saltar" refeições;
  - Com isto evita-se o consumo de alimentos nas grandes refeições, ajudando na manutenção do peso saudável.

## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### 2º PASSO

- Consuma mais verduras, legumes e frutas
  - Estes grupos de alimentos (verduras, legumes e frutas), estão associados ao menor riscos de doenças;
  - São alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras;
  - Têm alto valor nutritivo e mais sabor.



## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### 3º PASSO

- Consuma alimentos ricos em fibras
  - As fibras além de ajudar na função digestiva, ajudam a reduzir o colesterol;
  - Estão presentes nos alimentos, vegetais, especialmente se consumidas crus;
  - Utilize diariamente os legumes, verduras e frutas como a parte principal das refeições, sobremesas e lanches;
  - Coma alimentos ricos em fibras sempre que possível, preferencialmente quatro vezes por semana.



## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### 4º PASSO

- Evite alimentos ricos em açúcar
  - A ingestão de açúcares deve ser moderada para todas as pessoas e em todas as fases da vida;
  - O açúcar contém apenas calorias e nenhum outro nutriente;
  - É um alimento que não é essencial, a energia pode ser obtida através de outros alimentos mais nutritivos;
  - O excesso do consumo desse grupo de alimentos, pode levar a doenças como a obesidade, cárie dentária, diabetes, tensão alta, subida de colesterol, doenças cardíacas e até cancro.

## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### 5º PASSO

- Evite o sal ou consuma com moderação
  - Evite abusar do sal. Prefira especiarias, ervas aromáticas ou limão;
  - O excesso de sal pode levar à hipertensão;
  - Evite adicionar sal aos alimentos e saladas cruas e aos pratos já prontos;
  - O sal está presente não apenas no "sal de cozinha". Os aditivos e conservantes, carnes salgadas e enchidos, queijos, enlatados e temperos industriais, têm alto teor de sal.

## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### 6º PASSO

- Reduza o consumo de gordura
  - A ingestão excessiva de gorduras pode levar a doenças como a obesidade, diabetes, hipertensão, subida de colesterol, doenças cardíacas e até cancro;
  - Dê preferência ao leite magro e derivados com baixo teor de gordura, queijos brancos, carnes magras e alimentos preparados com pouco óleo;
  - Evite os fritos e as conservas que contêm gorduras entre seus ingredientes. Dê preferência a alimentos assados e cozidos. Evite cozinhar com margarina, gordura vegetal, manteiga e banha de porco. Prefira o azeite que também pode ser acrescentado a saladas, legumes e pratos prontos;
  - Retire o excesso de gordura visível antes de preparar os alimentos.

## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### 7º PASSO

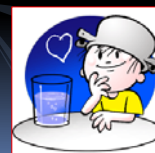
- Evite o fumo e as bebidas alcoólicas
  - O consumo de bebidas de bebidas alcoólicas não se recomenda, se o fizer, faça-o com responsabilidade e moderação;
  - Evite fumar.



## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### 8º PASSO

- Beba água
  - A água é essencial à vida. A melhor bebida é a água, aumente seu consumo;
  - O ideal é beber pelo menos 1,5 litros de água por dia;
  - Evite refrigerantes e bebidas alcoólicas. Prefira sumos de frutas naturais. Embora também sejam bebidas, não são tão saudáveis.



## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### 9º PASSO

- Mantenha um peso saudável
  - Mantenha o seu peso dentro dos limites saudáveis;
  - O peso saudável é o adequado para cada pessoa de acordo com a sua estatura e características pessoais;
  - O excesso de peso é decorrente da acumulação de gordura.



## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### 10º PASSO

- Mantenha uma alimentação saudável e uma actividade física regular
  - A atividade física, associada a uma alimentação saudável, são fundamentais para a saúde e para a qualidade de vida, para qualquer pessoa em qualquer fase da sua vida;
  - Procure fazer algo agradável, se possível, diferente do seu trabalho no dia a dia. Escolha atividades que lhe dêem prazer como: caminhadas, passeios de bicicleta, jogos em grupo, dança entre outras.



## PRINCÍPIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



## NÃO SE ESQUEÇA QUE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL...

- Diminui e previne o risco de doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, colesterol, alguns tipos de cancro, entre outras;
- Melhora a condição física e atlética;
- Aumenta a auto-estima;
- Ajuda a manter o peso adequado;
- Aumenta a esperança de vida.







**4º PASSO:** Evite alimentos ricos em açúcar

**5º PASSO:** Evite o sal ou consuma com moderação

**6º PASSO:** Reduza o consumo de gordura

**7º PASSO:** Evite o consumo de álcool e tabaco

**8º PASSO:** Beba água

**9º PASSO:** Mantenha um peso saudável

**10º PASSO:** Mantenha uma alimentação saudável e uma actividade física regular

## NÃO SE ESQUEÇA QUE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL...

Diminui e previne o risco de várias doenças

Melhora a condição física e atlética

Aumenta a auto-estima

Ajuda a manter o peso adequado

Aumenta a esperança de vida

**QUALQUE DÚVIDA ...**

**... CONTACTE A EQUIPA DE SAÚDE**



# ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



# A ALIMENTAÇÃO TEM POR FUNÇÃO

Assegurar a sobrevivência do ser humano;

Fornecer energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo;

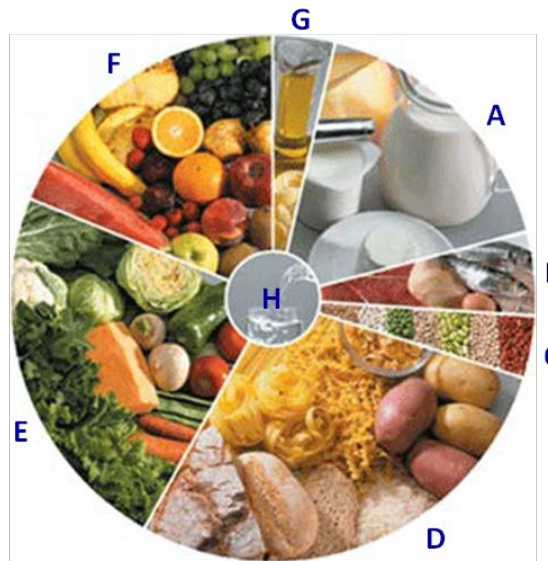
Contribuir para a manutenção do nosso estado de saúde físico e mental;

Desempenhar um papel fundamental na prevenção de certas doenças (ex.: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipos de cancro, etc.);

Contribui para o adequado crescimento e desenvolvimento.



## RODA DOS ALIMENTOS



- A – Laticínios e derivados
- B – Carne, peixe e ovos
- C – Leguminosas
- D – Cereais, derivados e tubérculos
- E – Hortícolas
- F – Fruta
- G – Gorduras
- H – Água

- Sete sectores
- Três regras fundamentais:
  - Completa
  - Variada
  - Equilibrada

## PIRÂMIDE ALIMENTAR



## 10 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

**1º PASSO:** Estabeleça um horário de refeições

**2º PASSO:** Consuma mais legumes, verduras e frutas

**3º PASSO:** Consuma alimentos ricos em fibras

## **Apêndice IV – Planeamento da sessão do grupo Prepare**

## PLANO DE INTERVENÇÃO - ADESÃO AO TRATAMENTO

### ***Data***

14 de fevereiro de 2013

---

### ***Local***

Centro de Saúde da Amadora

---

### ***Duração***

45 minutos

---

### ***Participantes e Contexto***

Seis clientes com doença bipolar acompanhados na equipa comunitária do Centro de Saúde da Amadora, frequentadores do grupo terapêutico Prepare. Os participantes não só já se conheciam, como eram conhecedores da metodologia, pois esta era já a quarta sessão terapêutica deste grupo.

---

### ***Objetivos***

#### Objetivo Geral:

Promover a adesão ao tratamento.

#### Objetivos Específicos:

Desenvolver uma dinâmica de grupo, que vise a libertação de inseguranças e medos;

Estimular a comunicação verbal e não-verbal das emoções;

Reforçar pontos positivos pessoais que o cliente identifica e que os outros participantes no grupo identificaram neles.

---

### ***Descrição da Intervenção***

Uma vez que o grupo já se conhecia e que participam voluntariamente, após a minha apresentação, foi possível, foi possível introduzir uma linha de discussão



sobre a importância da adesão *versus* não abandono do tratamento sem qualquer reserva.

Foi solicitado aos participantes que verbalizassem a sua percepção sobre a importância do cumprimento do regime medicamentoso. Depois de uma das pessoas ter referido que tinha recentemente sentido a necessidade de aumentar as dosagens prescritas com vista ao controlo da sua ansiedade, gerou-se uma discussão com os contributos de vários dos outros elementos, tendo sido possível, após resumo e sistematização das ideias, concluir a importância do cumprimento escrupuloso do receituário que, a ser alterado, deveria ser pelo médico psiquiatra. A maioria dos clientes referiu-se à importância da mediação por permitir o controlo da sintomatologia, ao mesmo tempo que reconheceu a existência de efeitos adversos que pode ser potenciada pelo aumento das dosagens. Neste âmbito foi possível orientar o grupo para a discussão de outras técnicas de controlo da ansiedade que não apenas as medicamentosas, tais como o relaxamento, as rotinas, o exercício e a ocupação.

No final com o objetivo de organizar um resumo, foram identificadas as principais vantagens em cumprir a medicação prescrita nomeadamente, maior relaxamento, menor número de recaídas, menor número de internamentos, maior autonomia, melhor qualidade de vida, melhor autoestima, melhoria na participação nas atividades, menor ansiedade, humor estável, menor agressividade e melhor interação com os outros.

---

## **Apêndice V - Reflexão – Terapia ocupacional**

## **REFLEXÃO – TERAPIA OCUPACIONAL**

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiátrica refere que o Enfermeiro Especialista “utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes”, “...que facilitem respostas adaptativas” e que “... ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas...”(Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste estágio tive oportunidade de assistir e colaborar numa destas sessões. Ao princípio, devido à inexperiência e insegurança que julgo naturais, sentia alguns receios sobretudo acerca da postura a adotar e do discurso a utilizar. Estava certa que uma má prestação da minha parte poderia deitar toda a sessão por terra. Recordo que a minha única experiência nestas sessões foram obtidas em âmbito académico. No entanto, esta sessão consistia em prepara um salame e, aqui, tratando-se de cozinhar sentia-me um pouco mais à vontade.

Esta sessão foi conduzida pela terapeuta ocupacional do Serviço de Psiquiatria e estava aberta à participação quer dos doentes, quer dos restantes profissionais do serviço e, refira-se que a adesão por parte das pessoas com doença foi grande e entusiasmada. Aos poucos e não só graças à ajuda dos profissionais, mas também e sobretudo pela forma como os doentes aderiram à iniciativa, fui-me sentindo progressivamente mais segura da minha postura e discurso. Diga-se que foi extremamente gratificante ter participado nesta sessão, sobretudo por verificar a forma como os doentes aderiram, se empenharam, e a satisfação como no final distribuíram o salame pelos presentes no serviço naquele dia, como sendo algo que eles próprios fizeram, por sinal até muito bem feito.

Creio que este tipo de atividade em grupo estimula a socialização de uma forma harmoniosa e consegue criar confiança do utente nos outros, pois diminui as barreiras na comunicação, aquela inibição no diálogo que por vezes sentem, acaba por desaparecer quando estão todos juntos a realizar uma

tarefa. Creio que os utentes além de comunicar mais com os outros, comunicam de forma mais afável e pedem mais “por favor”, ouve-se com frequência o “obrigado” durante a realização das diversas etapas da atividade. Todos ali tinham um papel, uma função a cumprir e todos precisavam de estar de acordo e em sintonia. Era uma tarefa simples de facto mas requeria coordenação entre os utentes, e isso era o mais importante.

Esta vivência contribuiu bastante para os meus conhecimentos e foi mais um passo importante no desenvolvimento das minhas competências enquanto enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica. Desta experiência retiro sobretudo:

- A satisfação de observação a interação do doente em grupo numa atividade que lhe dá prazer;

- Uma maior e mais forte integração no serviço e na equipa multiprofissional;

- A partilha que pude ter com os outros profissionais e os conhecimentos que daí pude obter;

- A partilha com os doentes, pela forma como os pude conhecer melhor e motivá-los para “construir algo” sem estarem “amarrados” ao estigma do “não sou capaz” ou “sou doente mental”;

- O desenvolvimento das minhas competências e conhecimentos;

- A promoção do meu autoconhecimento.

A acrescentar a todos estes contributos, posso salientar o facto de ficar mais desperta para a importância que pequenas atividades por vezes simples de desenvolver podem contribuir de forma tão positiva para a satisfação dos doentes. Creio que esta atividade desperta em nós uma motivação maior para a realização de sessões deste tipo. Os doentes verbalizam agrado e melhores capacidades relacionais no final da sessão. A par desta satisfação surge um input positivo no desenvolvimento do processo de saúde-doença. Estando mais motivado o doente poderá renovar a sua confiança e considerar este passo simples como uma conquista para a sua autonomia enquanto pessoa e assim promover a sua autoestima.

**Apêndice VI - Reflexão – Encaminhamento da pessoa com  
doença mental**

## **REFLEXÃO – ENCAMINHAMENTO DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL**

A necessidade de refletir sobre o papel do enfermeiro especialista no encaminhamento do doente psiquiátrico surge pela inquietação desta experiência no local de estágio.

Neste campo de estágio onde me encontro a equipa não se limita a realizar visitas domiciliárias tendo um papel mais ativo na comunidade. Segundo MIEÇKE (2009) esta abordagem mais completa na comunidade “tem o objetivo de reinserir o portador de transtorno psíquico em suas atividades diárias, tornando possível a interação com a família e comunidade em geral” (MIELKE, 2009, p. 160). E desta forma a equipa de enfermagem assume parte ainda mais integrante na monitorização e reabilitação do doente com patologia psiquiátrica. Uma das experiências pela qual passei foi também aquela que mais me tem feito refletir – a avaliação de enfermagem ao doente psiquiátrico.

Esta avaliação consiste numa entrevista de triagem para avaliação do doente com o intuito de perceber se o doente está estável, precisa de acompanhamento na consulta de psiquiatria para breve ou se necessita de apoio imediato na urgência.

Todo este trabalho está previsto por uma abordagem que se pretende interdisciplinar citando SILVEIRA e ALVES (2003) “Para tanto, propõe-se o trabalho de equipas interdisciplinares, composta por assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo e terapeuta ocupacional, entre outros, e que constitui uma questão inovadora no processo” (SILVEIRA e ALVES, 2003, p. 646).

Ao enfermeiro especialista cabe mobilizar todos os seus conhecimentos e através de técnicas específicas analisar os vários indicadores que o doente utiliza quando se dirige ao centro de saúde para ser submetido a esta avaliação. SILVEIRA e ALVES (2003) reforçam que o enfermeiro que assume a avaliação do caso torna-se de referência não só para o doente como para a restante equipa.

A meu ver este trata-se de um momento crítico da intervenção do especialista. Se por um lado, é de evidente autonomia na avaliação e encaminhamento do

doente, por outro lado, acarreta uma responsabilidade enorme que realmente deve ser continuamente tida em conta por parte do enfermeiro especialista.

Com esta experiência senti exatamente o peso desta responsabilidade e a elevada expectativa que o doente deposita no enfermeiro quando se submete a este momento de análise.

A situação que melhor espelha esta dualidade de pontos de vista passou-se na minha primeira consulta de avaliação do doente psiquiátrico. A minha doente, uma senhora de 50 e poucos anos tinha diagnosticada uma depressão grave com alguns meses de evolução. A sua depressão foi diagnosticada e medicada pela médica de família e a doente era também acompanhada pela psicóloga do centro de saúde com quem tinha estabelecido uma sólida relação de ajuda e de quem me falou durante a consulta.

Esta doente, tinha como antecedentes relevantes uma diabetes mellitus insulino-tratada, sendo a doente autónoma na administração de insulina, aparentemente com sucesso. A par desta história de doença crónica, foi-me feita referência a uma situação de marcada ideação suicida há aproximadamente 3 meses, até à data sem nenhuma atitude face à concretização.

A história pessoa desta doente era complicada, tinha associada a esta depressão uma história recente de falência da empresa de família que culmina com a necessidade de venda da casa onde habitava desde que se casou, na qual os seus filhos cresceram. A doente não lidava nada bem com esta perda de controlo da sua vida e com a aparente regressão em termos de qualidade de vida, mas havia ainda outro fator a considerar que era acentuada alteração da dinâmica familiar. A doente tem dois filhos, sendo que a filha tem acrescentado algum suporte e promovido algum acompanhamento, mas o filho (por sua vez também implicado na má situação financeira da família) não se mostra de acordo com as medidas que têm que ser tomadas para resolver a situação, mais especificamente a venda da casa de família.

A doente encontra-se assim numa situação de desequilíbrio com vários fatores desencadeantes estando ainda sujeita a mais algumas alterações na sua vida, com a referida mudança de casa prestes a acontecer...

Portanto, na qualidade de enfermeiro especialista procedo à análise desta situação, sem tecer nenhum tipo de juízo de valor, sem dar conselhos, e tentando procurar o melhor encaminhamento para a doente. A questão fulcral de toda esta reflexão assenta no facto desta doente apresentar sinais de desequilíbrio emocional e estar a atravessar uma fase conturbada da sua vida, sem aparentar ter uma rede familiar da qual possa retirar o apoio necessário para encarar a situação de forma clara e tentar resolvê-la. Devo igualmente ponderar que se trata de uma doente crónica, diabética, que tem em casa uma arma extremamente poderosa – a insulina.

Tenho que tentar perceber se a necessidade de encaminhamento é urgente ou se os recursos mobilizados até à data permitem à doente manter o seu equilíbrio até ao momento de voltar a ser avaliada por um profissional de saúde mental, neste caso, o psiquiatra. Atendendo a que a doente tem uma relação de confiança mantida com a psicóloga e que o meu feedback através da doente é de que tem plena crítica face aos riscos que corre e aos problemas com os quais tem que lidar, penso que poderá ser encaminhada para a consulta com o psiquiatra, sem ter carácter urgente. Por outro lado, não posso descurar os antecedentes de ideação suicida e as situações pessoais mal resolvidas, portanto na inexperiência que ainda me é permitida enquanto aluna da especialidade considero que me senti um pouco insegura nesta tomada de decisão.

Ainda assim considero de extrema relevância a autonomia conseguida pela enfermagem neste âmbito de atuação, tentando por isso tirar o máximo partido dos momentos de aprendizagem que este local de estágio me tem vindo a proporcionar e aproveitando para refletir sobre todos estes aspetos enquanto ainda tenho uma rede que me ajuda a direccionar nestas decisões complexas.

## **BIBLIOGRAFIA**

- MIELKE, F. et al - O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. In Ciência & Saúde Coletiva, 2009



- SILVEIRA, MR; ALVES, M. - O enfermeiro na equipe de saúde mental – o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. In Rev Latino-am Enfermagem setembro-outubro, 2003.

## **Apêndice VII - Reflexão – Envolvimento da família**

## **REFLEXÃO – ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA**

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, refere logo no seu preâmbulo que “Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2011, p. 1). Sendo o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica o profissional que “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental”, focando a sua atividade “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.”

O enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica, ainda segundo a mesma fonte, no âmbito do seu desempenho, desenvolve então várias competências que “visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família”. (OE, 2011, p. 1).

O relatório da Comissão de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental também aponta a família como um foco importante da atuação dos profissionais, dando-lhe inclusive o papel de parceira nos cuidados. Esta prática pressupõe a necessidade de desenvolver conhecimentos, capacidade de reflexão, autoconhecimento e habilidades ao nível da relação com o outro e com a família de forma a permitir o estabelecimento da relação necessária à precursão dos objetivos anteriormente referidos.

Neste ensino clínico, numa primeira fase, preocupei-me em aprofundar os meus conhecimentos não só pela pesquisa mas também através da partilha com colegas mais experientes, ao mesmo tempo que tentei estar mais “à vontade no terreno” pelo conhecimento da dinâmica do serviço. Ultrapassada esta fase, e por considerar que a relação com o utente e família é a base, comecei aos poucos e sob supervisão, a desenvolver as minhas capacidades neste particular. Ou seja, procurei estabelecer uma relação de confiança, uma

relação terapêutica, com o objetivo de chegar ao cliente e de o ajudar. Estas relações devem ser baseadas no respeito, na confiança, na empatia e na autenticidade, pois será através delas que serão identificados os problemas e é procurada uma solução. “Ela é absolutamente original porque a pessoa que a estabelece, a que ajuda, esta essencialmente voltada para o outro, para o seu vivido, para o seu sofrimento” (PHANEUF, 2005, p. 324). É igualmente importante termos conhecimento da patologia do cliente, para saber como agir, informar e envolver os cuidadores e e/ou familiares. É igualmente importante saber como o familiar ou cuidador, lida com a situação. Inserir a família é de fundamental, não só para a envolver no plano de cuidados do cliente, mas também para tentar perceber a sua perceção relativamente à doença ao mesmo tempo que se prepara a alta.

Neste ensino clínico tive já oportunidade de falar com familiares e de com eles estabelecer uma relação que vise o seu envolvimento no plano de cuidados, um melhor conhecimento da doença e da forma de encarar a situação.

Uma das situações envolvia a irmã dum cliente de meia-idade, aparentemente sem qualquer antecedente do foro psiquiátrico, internado de véspera, trazido pela corporação de bombeiros local após ter provocado um incêndio no prédio onde residia com a sua mãe. Esta familiar encontrava-se preocupada com o facto de estar a enfrentar um diagnóstico de saúde mental na família e ansiosa relativamente ao futuro, nomeadamente com o destino do irmão após a alta. Após os desabafos iniciais, esta familiar mostrou-se recetiva à minha aproximação. Ao longo da conversa percebi que existia alguma dificuldade em lidar toda a situação, tendo eu tentado sempre disponibilizar presença, através da minha atitude, da minha comunicação, da escuta e do silêncio, tendo sido possível explicar as dinâmicas do serviço e iniciar um processo de desmistificação da doença mental.

Estou certa que conversas posteriores são necessárias por forma a sedimentar esta relação e permitir munir esta irmã de algumas ferramentas que lhe permitam lidar melhor com a doença mental do seu irmão, no entanto, penso que a primeira pedra está lançada. Neste sentido, penso ter estabelecido uma base que permitirá, tal como referido inicialmente, contribuir para a adequação das respostas face aos problemas específicos da pessoa com doença mental,

com o objetivo evitar o agravamento da situação, a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Resumidamente sei que a capacidade para envolver os familiares no plano de cuidados e de com eles estabelecer um contrato terapêutico é fundamental na recuperação e reinserção social da pessoa com doença mental. Naturalmente, estas minhas competências necessitam de desenvolvimento mas, o facto de estar consciente da sua importância, motivam-me para o seu aperfeiçoamento e aprofundamento, o que será possível com mais pesquisa, mais partilha de experiências com os pares e com o trino, sendo o ensino clínico, graças à supervisão proporcionada, o momento adequado para o fazer.

## **BIBLIOGRAFIA**

- CHALIFOUR, Jacques – A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda. Volume I. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5.
- CHALIFOUR, Jacques – A intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção. Volume II. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-21-5.
- PHANEUF, Margot – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.
- ORDEM DOS ENFEMEIRO - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. 2011.

## **Apêndice VIII – Processos de Enfermagem**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**CURSO DE METRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA**

---

**PROCESSOS DE ENFERMAGEM**

---

Almerinda Graça

## ÍNDICE

1. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM .....	II
2. PROCESSO DE ENFERMAGEM DE A.C. (INTERNAMENTO) .....	III
2.1. ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO .....	III
2.2. AGENTES DE STRESS GERADORES DE DESIQUILÍBRIO .....	V
2.3. PLANO DE CUIDADOS.....	VI
3. PROCESSO DE ENFERMAGEM DE A.S. (COMUNIDADE) .....	IX
3.1. HISTORIA PRÉVIA .....	IX
3.2. ENTREVISTAS DE AVALIAÇÃO .....	X
3.2.1. 1ª Entrevista .....	X
3.2.2. Agentes de Stress Geradores de Desiquilíbrio.....	XI
3.2.3. Plano de Cuidados .....	XII
3.2.4. 2ª Entrevista .....	XIV
3.2.5. Plano de Cuidados .....	XV



## **1. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM**

Para a elaboração deste processo de enfermagem foi utilizado o modelo conceptual de enfermagem de Betty Neuman, subjacente ao projeto de ensino clínico. Este modelo permite entender a pessoa alvo dos cuidados numa visão holística, vista como um todo inserida num determinado ambiente, seja a família e comunidade, seja o meio do internamente hospitalar, em permanente interação e cujo equilíbrio depende da maneira como reage e se adapta aos diferentes fatores internos e externos.

È nesta visão que foram definidos os diagnósticos e intervenções de enfermagem. Partindo da avaliação inicial e da informação obtida nas entrevistas, identificando o ambiente em que a pessoa está inserida, procedeu-se à identificação dos agentes de stress geradores de desequilíbrio, intervindo de forma a potenciar os recursos do cliente, de forma a manter ou recuperar o equilíbrio, entendendo-o como parceiro do plano de cuidados, com o objetivo de obter e manter a estabilidade do sistema do cliente.

## 2. PROCESSO DE ENFERMAGEM DE A.C. (INTERNAMENTO)

Este processo de enfermagem será iniciado pela compilação da informação que permita executar a sua primeira etapa, a avaliação.

O plano de cuidados será elaborado na sequência da colheita e análise dos dados, que se apresenta de seguida que, foi iniciada, na entrevista de acolhimento à unidade de internamento de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca.

### 2.1. ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO

A entrevista teve lugar no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, no âmbito do acolhimento da cliente. Após as apresentações iniciais, deu-se início à entrevista, com preocupação pela promoção da tranquilidade, dando espaço para que a doente verbalizasse os seus sentimentos. Esta entrevista teve como objetivos o estabelecimento de uma relação terapêutica e a recolha da informação pertinente para a elaboração do respetivo plano de cuidados.

Estado de consciência: Vigil, orientada no tempo e espaço;

Atenção: Captável e mantida;

Memória: Mantida;

Humor: Depressivo;

Discurso: Organizado;

Pensamento: Organizado, sem se apurar ideação ou delírio;

Insight e Juízo Crítico: Com *insight*;

Doente de 35 anos de idade, com uma filha de 7 anos que vive com o pai, por incapacidade da doente para cuidar da filha. Possui o 12º ano de escolaridade e trabalha num escritório, sendo má a relação com os colegas de trabalho.

Terminou há cerca de um mês um relacionamento afetivo que durou um ano e meio.

Desde os 17 anos de idade que iniciou quadro caracterizado por ansiedade marcada, ataques de pânico e perturbação fóbica, nomeadamente agorafobia. “Tenho medo de ir para locais com muita gente, mas também tenho muito medo de ficar sozinha em casa, cada vez estou mais limitada» (sic). Os ataques de pânico já chegaram a ser vários por dia, atualmente ocorrem com uma frequência de sensivelmente um por mês. A doente descreve os ataques de pânico da seguinte forma: “Sentia uma confusão mental, dor no peito, tremores, medo de ficar louca, mais até do que medo de morrer, medo que os outros notem que eu não estou bem” (sic). “Fico com medo de ter medo” (sic).

A doente descreve frequentes episódios depressivos ao longo da sua vida. “Já quando era criança me sentia muito triste e só pensava em me matar” (sic). Há cerca de 2 anos realizou uma ingestão medicamentosa voluntária na sequência da qual ficou internada durante alguns dias no Serviço de Urgência do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, tendo sido posteriormente transferida para o Hospital Júlio de Matos por quadro depressivo e ideação suicida.

Há cerca de 4 meses que iniciou novo episódio afetivo, com queixas de tristeza, aumento da ansiedade basal, irritabilidade, perda de apetite, hipersónia marcada, adinamia, cansaço e anedonia. “Tenho muito pouca paciência para as coisas, não nunca me apetece fazer nada, nada me dá prazer, nem estar com a minha filha me apetece” (sic). “Penso que a minha filha estava melhor sem mim” (sic).

Recentemente foi medicada, em consulta no privado, com clomipramina, não tendo sentido melhora ou agravamento da sintomatologia. Já se encontrava medicada em ambulatório com fluoxetina, fluvoxamina, ácido valproico (que toma devido a um quisto aracnoideu que lhe causou crises convulsivas).

Má relação com a mãe que, aparentemente sofre de doença bipolar e, desde a infância da doente, afirma com frequência que “Tu nunca devias ter nascido... Nunca te quis... O teu pai que cuide de ti. Para mim és só um estorvo...” (sic).

História de vários suicídios na família. Avó materna “tinha uma esquizofrenia” (sic). Tio paterno (suicidou-se), aparentemente sofria de jogo patológico e

depressão. Tia materna suicidou-se. Irmão com “perturbação obsessivo-compulsiva” (sic).

## 2.2. AGENTES DE STRESS GERADORES DE DESIQUILÍBRIO

Fatores Intrapessoais	Sensação de medo/pânico de estar sozinha ou em locais com muita gente; Baixa auto-estima; Sentimentos de tristeza; Ideias de suicídio.
Fatores Interpessoais	Má relação com a mãe; Má relação com colegas de trabalho; Filha de 7 anos ao cuidado do pai por incapacidade para cuidar dela.
Fatores Extrapessoais	Tem emprego estável (embora se relacione mal com os colegas de trabalho); Vive sozinha (filha ao cuidado do pai).

### 2.3. PLANO DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
<p>Presença de tristeza</p> <p>(12/11/2012)</p>	<p>A cliente não verbaliza sentimentos de tristeza;</p> <p>A cliente não se isola.</p>	<p>Disponibilizar presença;</p> <p>    Estar fisicamente disponível;</p> <p>    Usar o silêncio quando adequado;</p> <p>    Demonstrar uma atitude de aceitação;</p> <p>    Ouvir as preocupações;</p> <p>    Disponibilizar-se, sem oferecer dependência.</p> <p>Executar técnica de relação de ajuda;</p> <p>    Valorizar as emoções;</p> <p>    Facilitar a confiança;</p> <p>    Gerir a comunicação;</p> <p>    Permitir a expressão dos sentimentos.</p> <p>Escutar ativamente;</p> <p>    Permitir a expressão verbal de sentimentos e expectativas;</p> <p>    Evitar barreiras à comunicação;</p> <p>    Valorizar as emoções.</p> <p>Promover a visita de pessoas significativas (filha).</p> <p>Promover atividades de distração.</p>	<p>19/11/2012</p> <p>Tristeza diminuída.</p>

DIAGNÓSTICO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Ideação suicida  (12/11/2012)	A cliente não manifesta ideias de suicídio.	<p>Diminuir a ansiedade;</p> <p>Proporcionar um ambiente que facilite a confiança;</p> <p>Explicar todos os procedimentos;</p> <p>Utilizar técnicas de comunicação eficaz que favoreça a partilha;</p> <p>Ajudar a reconhecer sentimentos;</p> <p>Transmitir confiança, serenidade e tranquilidade;</p> <p>Ajudar a identificar situações que precipitem a ansiedade.</p> <p>Monitorizar a segurança da cliente;</p> <p>Demonstrar disponibilidade;</p> <p>Estar fisicamente disponível;</p> <p>Usar o silêncio quando adequado;</p> <p>Demonstrar uma atitude de aceitação;</p> <p>Ouvir as preocupações;</p> <p>Disponibilizar-se, sem oferecer dependência.</p> <p>Avaliar a atitude face ao regime medicamentoso;</p> <p>Avaliar os conhecimentos sobre os medicamentos;</p> <p>Permitir a expressão verbal sobre os efeitos dos medicamentos.</p> <p>Ensinar acerca da doença;</p> <p>Explicar a evolução da doença;</p> <p>Explicar sinais e sintomas da crise.</p>	<p>19/11/2012</p> <p>Sem ideação suicida</p>

DIAGNÓSTICO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
<p>Baixa auto-estima</p> <p>(12/11/2012)</p>	<p>A cliente é capaz de verbalizar aspetos positivos sobre si.</p>	<p>Ensinar acerca da necessidade de regime medicamentoso;</p> <p>Promover aprendizagem de habilidades para gestão do regime medicamentoso;</p> <p>Ensinar sobre complicações da gestão ineficaz do regime medicamentoso</p> <p>Administrar a medicação;</p> <p>Promover a participação em terapia socio-recreativa;</p> <p>Promover mecanismos de coping eficazes.</p>	<p>19/11/2012</p> <p>Baixa auto-estima e grau ligeiro.</p>

### **3. PROCESSO DE ENFERMAGEM DE A.S. (COMUNIDADE)**

A elaboração deste processo iniciar-se-á pela explanação de toda a informação pertinente no que diz respeito ao primeiro passo do processo de enfermagem – avaliação. Após a análise de toda a informação, será elaborado uma colheita de dados, atualizada, permitindo de seguida o planeamento dos cuidados.

#### **3.1. HISTORIA PRÉVIA**

Cliente com primeiro episódio de doença mental em Janeiro de 2011. Segundo informação possível de obter, terá ido a Lamego com o objetivo de visitar um irmão que lá trabalha. Um dia decidiu assaltar uma mercearia porque não gostou do olhar da dona do estabelecimento, começado a beber e a comer, tendo sido chamada a autoridade policial que encaminhou para o Hospital de S. Pedro (Vila Real). Na sequência do diagnóstico de agitação psicomotora e ideação delirante mística, foi transferido para o Serviço de Psiquiatria do Hospital Dr. Fernando da Fonseca, a 16/02/2011. Após alta, foi encaminhado para a equipa comunitária, sendo acompanhado em consulta.

Procedeu-se ainda ao levantamento de outros aspetos relevantes para o juízo de enfermagem. Assim:

Dados biográficos:

- Homem de 20 anos;
- Habilitações: 6º ano de Escolaridade
- Nacionalidade: Portuguesa (filho de mãe São Tomense e pai Cabo Verdiano)
- Profissão: Nenhuma;
- Agregado Familiar: o próprio, a mãe e um irmão de 19 anos

Antecedentes clínicos:

- Antecedentes Médicos: Nega;
- Antecedentes Psiquiátricos: Sem antecedentes até ao início de Janeiro de 2011;



- Antecedentes Familiares: Tia com história de “depressão” (sic). Tio com doença bipolar, seguido no Centro de Saúde da Amadora. Pai e mãe sem história de doença psiquiátrica. Sem história de suicídio na família.

## 3.2. ENTREVISTAS DE AVALIAÇÃO

### 3.2.1. 1ª Entrevista

A entrevista teve lugar no Centro de Saúde da Amadora no gabinete de enfermagem, local apropriado e adequado, permitindo o estabelecimento da relação terapêutica. Foi recolhida toda a informação disponível acerca dos antecedentes clínicos do cliente. Por objetivos, foram definidos:

- Construir uma relação terapêutica;
- Avaliar o estado mental;
- Elaborar diagnósticos de enfermagem;
- Aplicar a escala de qualidade de vida MOS SF-36.

Foi feito o acolhimento, a apresentação pessoal e explicados os objetivos da entrevista.

Dando início à entrevista, solicitei ao cliente que mais uma vez respondesse à escala de avaliação de qualidade de vida MOS SF-36. Na sequência do seu comportamento, durante o preenchimento, elaborou-se a seguinte avaliação do estado mental:

Estado de consciência: Vigil, orientado no tempo e espaço;

Atenção: Captável e mantida;

Memória: Mantida;

Humor: Eutímico;

Discurso: Organizado;

Pensamento: Organizado, sem se apurar ideação ou delírio;

Insight e Juízo Crítico: Sem insight

Afetividade: Adequada.

Referiu ainda nesta fase da entrevista, dor nos joelhos e, “que desde que comecei a medicação, não tenho conversa para os amigos, estou muito parado, estou muito parado e isso faz-me sentir triste” (sic).

No final da entrevista questionou-se o cliente se queria referir algum aspeto ou colocar alguma questão, considerada importante, sobre a qual não tinha tido oportunidade de falar, tendo respondido que não. Ficou acordado uma nova entrevista de acompanhamento e demonstrada disponibilidade da equipa sempre que fosse necessário.

Analizados os dados, foi elaborado o seguinte plano de cuidados.

### **3.2.2. Agentes de Stress Geradores de Desequilíbrio**

Fatores Intrapessoais	Sem insight para a doença; Dificuldade em se identificar consigo próprio quando toma a medicação.
Fatores Interpessoais	Boa relação com a mãe (com quem vive); Dificuldade no relacionamento social.
Fatores Extrapessoais	Reside com a mãe e um irmão; Desempregado, sem qualquer ocupação.

### 3.2.3. Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
<p>Bem-estar social comprometido</p> <p>(26/01/2013)</p>	<p>O cliente não evita o contacto físico;</p> <p>O cliente estabelece contacto olhos-nos-olhos, e outras formas de comunicação não-verbal nas interações;</p> <p>O cliente não se isola.</p>	<p>Disponibilizar presença;</p> <p>    Estar fisicamente disponível;</p> <p>    Usar o silêncio quando adequado;</p> <p>    Demonstrar uma atitude de aceitação;</p> <p>    Ouvir as preocupações;</p> <p>    Disponibilizar-se, sem oferecer dependência.</p> <p>Executar técnica de relação de ajuda;</p> <p>    Valorizar as emoções;</p> <p>    Facilitar a confiança;</p> <p>    Gerir a comunicação;</p> <p>    Permitir a expressão dos sentimentos.</p> <p>Aumentar a autoestima;</p> <p>    Analisar a relação entre os sentimentos e a realidade;</p> <p>    Ajudar a pessoa a estabelecer objetivos a curto prazo;</p> <p>    Encorajar a apreciação positiva acerca do seu comportamento.</p> <p>Escutar ativamente;</p> <p>    Permitir a expressão verbal de sentimentos e expetativas;</p> <p>    Evitar barreiras à comunicação;</p> <p>    Valorizar as emoções.</p>	<p>08/02/2013</p> <p>Bem-estar social comprometido em grau ligeiro</p>

DIAGNÓSTICO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
<p>Atitude face ao regime terapêutico dificultadora</p> <p>(26/01/2013)</p>	<p>O cliente mantém o regime terapêutico conforme indicação;</p> <p>O cliente reconhece a importância do regime terapêutico para o equilíbrio da sua situação de doença mental.</p>	<p>Demonstrar disponibilidade;</p> <p>Estar fisicamente disponível;</p> <p>Usar o silêncio quando adequado;</p> <p>Demonstrar uma atitude de aceitação;</p> <p>Ouvir as preocupações;</p> <p>Disponibilizar-se, sem oferecer dependência.</p> <p>Avaliar a atitude face ao regime medicamentoso;</p> <p>Avaliar os conhecimentos sobre os medicamentos;</p> <p>Permitir a expressão verbal sobre os efeitos dos medicamentos.</p> <p>Ensinar acerca da doença;</p> <p>Explicar a evolução da doença;</p> <p>Explicar sinais e sintomas da crise.</p>	<p>08/02/2013</p> <p>Atitude face ao regime terapêutico dificultadora (reconhece a importância do regime terapêutico mas não adere ao regime medicamentoso)</p>

### 3.2.4. 2ª Entrevista

A segunda entrevista teve lugar no mesmo local, cerca de uma semana depois da primeira. Foram criadas as condições de privacidade e disponibilidade que permitissem o estabelecimento de uma relação terapêutica. Por objetivos foram definidos:

- Reforçar a relação terapêutica;
- Reavaliar o estado mental;
- Iniciar a execução do plano de cuidados;
- Reavaliar o plano de cuidados.

No início da entrevista foi questionado o cliente sobre a forma como tinha decorrido a semana. Tendo respondido que “tinha corrido bem” (sic). Naquele próprio dia tinha dormido “até às duas horas” isto porque “de noite dormi pouco”. Foi perguntado como geria habitualmente a medicação para dormir, ao que respondeu “ontem esqueci-me, mas costumo fazer após o jantar, depois vejo a novela com a mãe e cerca das 23:00 horas vou para a cama, mas não tenho sono”. Continuando, “tenho corrido muito para tirar o largartil do corpo, essa medicação deixa-me sem assunto para os meus amigos”

Procedeu-se à seguinte avaliação do estado mental:

Estado de consciência: Vigil, orientado no tempo e espaço;

Atenção: Captável e mantida;

Memória: Mantida;

Humor: Hipertímico;

Discurso: Saltuário;

Pensamento: Acelerado;

Insight e Juízo Crítico: Sem insight

Afetividade: Não Adequada.

No final da entrevista foi perceptível que o cliente não geria adequadamente o regime medicamentoso, havendo já algumas falhas refletidas no estado mental alterado, conforme levantamento anterior.

### 3.2.5. Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
<p>Não adesão ao regime medicamentoso</p> <p>(08/02/2013)</p>	<p>O cliente reconhece a importância do regime medicamentoso;</p> <p>O cliente adquire capacidade para gerir o regime medicamentoso.</p>	<p>Demonstrar disponibilidade;</p> <p>Avaliar a atitude face ao regime medicamentoso;</p> <p>Ensinar acerca da doença;</p> <p>Ensinar acerca da necessidade de regime medicamentoso;</p> <p>Promover aprendizagem de habilidades para gestão do regime medicamentoso;</p> <p>Ensinar sobre complicações da gestão ineficaz do regime medicamentoso</p> <p>Diminuir a ansiedade;</p> <p>Proporcionar um ambiente que facilite a confiança;</p> <p>Explicar todos os procedimentos;</p> <p>Utilizar técnicas de comunicação eficaz que favoreça a partilha;</p> <p>Ajudar a reconhecer sentimentos;</p> <p>Transmitir confiança, serenidade e tranquilidade;</p> <p>Ajudar a identificar situações que precipitem a ansiedade.</p> <p>Negociar um contrato terapêutico;</p> <p>Tomar a medicação para dormir cerca das 23:00 horas, seguidamente ir para a cama;</p> <p>Levantar cerca das 09:00 horas e iniciar as atividades de vida diárias;</p> <p>Acordar a adopção de estratégias de ocupação e permanência nos espaços sociais.</p>	

DIAGNÓSTICO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
<p>Bem-estar social comprometido</p> <p>(08/02/2013)</p>	<p>O cliente não evita o contacto físico;</p> <p>O cliente estabelece contacto olhos-nos-olhos, e outras formas de comunicação não-verbal nas interações;</p> <p>O cliente não se isola.</p>	<p>Disponibilizar presença;</p> <p>Executar técnica de relação de ajuda;</p> <p>Aumentar a autoestima;</p> <p>Escutar ativamente.</p>	

## **Apêndice IX - Reflexão – Visitas domiciliárias**



## **REFLEXÃO – VISITAS DOMICILIÁRIAS**

Atendendo à perspectiva de REINALDO e ROCHA (2006), a visita domiciliária em enfermagem, mais especificamente no contexto da saúde mental é de extrema relevância pois tende a contrariar o que ele define como as principais consequências da própria doença. O internamento do doente mental tende a “afastá-lo de seu mundo, institucionalizando-o, destruindo assim os canais de comunicação que ajudariam os pacientes a se reintegrar em suas famílias, empregos e comunidade após a saída do hospital” (REINALDO e ROCHA, 2006, p. 36). Assim com o intuito de dar resposta a este problema alusivo à institucionalização do doente mental, várias unidades de saúde criaram programas que pretendem acompanhar as pessoas com doença mental, quando estas estão suficientemente estáveis para integrar a sociedade, mas ainda precisam de uma atitude háptica, aquilo que comumente se entende por “vigiar de perto”.

Com a minha passagem por este estágio tenho vindo a desenvolver a minha capacidade de observação e de relacionamento com o doente mental. Quando se trata de cuidar o doente mental no seu contexto natural mais do que lidar com o doente, tenho que lidar com a sua família (ou com a ausência), com as suas condições socioeconómicas, com a sua intimidade e num terreno que é, efetivamente, mais confortável para o próprio doente do que para o enfermeiro. O meu primeiro trabalho de casa foi preparar-me para as condições com as quais me iria deparar, em primeiramente, em termos de inserção social ou seja, em que bairros, com que tipo de população, em que tipos de casas!!! É complicado, mesmo enquanto profissionais, entrarmos dentro de determinados meios sem que isso possa ferir suscetibilidades ou mesmo a nossa suscetibilidade.

A verdade é que do ponto de vista pessoal habituamo-nos a determinadas condições e muitas vezes as pessoas que desenvolvem problemas mentais por hábito ou por descuido podem viver em condições que não consideramos as mais adequadas para um ser humano passar os seus dias. Portanto, deparo-me com uma série de fatores, preparar-me para a dificuldade em penetrar em

zonas socialmente mais difíceis, preparar-me para encontrar casas com condições não desejáveis (ou falta de condições mesmo), preparar-me para ser uma visita non grata ou qui ça uma visita extremamente desejada.

Beneficiei do facto desta equipa que integro já ter muito trabalho feito, do ponto de vista de aceitação dos habitantes dos bairros e dos próprios doente, não tem havido qualquer problema, mas na realidade aquilo que por vezes dá que pensar são os modos de vida das pessoas. Muitas vezes a atitude de acomodação que encarnam perante as dificuldades ou problemas da vida, mas na qualidade de enfermeiro especialista não pretendo julgar o criticar ninguém mas sim ajudar ao seu desenvolvimento e promover a sua participação no processo de cura, adesão à terapêutica e reintegração na sociedade.

A realidade é que algumas das dificuldades que pensei que íamos ter não tivemos, logo tentei evoluir com a minha atenção para aproveitar ao máximo cada momento de contacto e de aprendizagem. Alguns destes doentes não apresentam qualquer limitação física o que até me pode fazer pensar que se poderiam deslocar ao centro de saúde para a administração da terapêutica ou para avaliações frequentes, no entanto, penso que se lhes fosse dada essa “liberdade de escolha”, na maior parte dos casos o resultado seria a falta de adesão ao tratamento e o desleixe em relação ao acompanhamento que é necessário.

Alguns autores referem que a estratégia da visita domiciliária é extremamente vantajosa pois para além de possibilitar uma avaliação in loco da dinâmica familiar vai permitir ao doente mental manter a espontaneidade associada ao seu meio natural, chegando muitas vezes a diminuir a taxa de reinternamento pela ocorrência de agudizações da doença. Através deste resultado é possível justificar outro aspeto que também é merecedor da minha atenção enquanto enfermeira, que se prende com os gastos deste tipo de intervenção de enfermagem. A deslocação de um técnico qualificado às casas dos doentes tem, inquestionavelmente, custos acrescidos, mas se pensarmos que pode evitar o reinternamento deste doente então trata-se de um investimento pertinente. Sendo que as políticas mais visionárias pretendem que haja uma grande aposta na prevenção, com o aumento do financiamento das unidades

de cuidados de saúde primário, tentando assim evitar que o doente venha a necessitar mais vezes de usufruir dos cuidados de diferenciados.

Reza a história que as visitas domiciliárias foram em tempos muito mais importantes do que os cuidados de saúde que eram prestados nas instituições, pois antigamente, muitas das doenças advinham das más condições sanitárias das povoações e eram tratadas em casa. O facto de serem tratadas em casa permitia também que os profissionais ou “pessoas mais qualificadas” na área da saúde da época, pudessem avaliar alguns aspetos sanitários corrigíveis nas casas dos doentes podendo aproveitar para fazer alguma educação, o que anos mais tarde dá também lugar ao conceito de educação para a saúde. Portanto a preocupação com a visita domiciliária e os benefícios que desta advém para os doentes e comunidade é remoto, contudo, antes seria mais aplicado apenas em casos e incapacidade do doente se dirigir à unidade de saúde e as novas formas de praticar saúde comunitária elevam este conceito a um nível mais abrangente. A este último, associam-se os benefícios do seguimento do doente mental no domicílio. Esta estratégia permite follow-up pós alta, permite conhecer a rede de suporte, a inserção do doente na comunidade e, extremamente importante criar ou fortalecer uma relação terapêutica com o doente mental. Esta relação baseada na confiança e no conhecimento e respeito mútuo é, como sabemos, crucial para a adesão ao tratamento e para a evolução positiva destes doentes.

Assim com a aprendizagem que me tem sido proporcionada, evolui no sentido de “abrir horizontes”, conhecendo realidades que nem sempre são as mais agradáveis, mas tirando o melhor proveito destes momento de interação com o doente e com a comunidade. Percebi também que muitos estudos podem ser desenvolvidos neste âmbito, podendo vir a ser interessante por parte das unidades de saúde estudar e comparar a incidência de determinados distúrbios com zonas específicas de cada comunidade (atendendo a determinadas características e também a fatores de risco comuns).

Por último, se em muitos contextos, muitas vezes temos dificuldade em perceber qual o valor atribuído ao papel do enfermeiro especialista em saúde mental, penso que no contexto da visita domiciliária, é visto como um recurso

muito válido e é valorizado pelos doentes e família o que me deixa realizada nas minhas escolhas.

## **BIBLIOGRAFIA**

- REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. Revista Eletrônica de Enfermagem. Vol. 4, nº 2 (2002), p. 36 – 41.

## **Apêndice X - Reflexão – Administração de injetáveis**

## **REFLEXÃO – ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS**

Segundo BECHELI (2003) com o passar do tempo à medida que as pessoas com doença mental se vão sentindo melhores revelam tendência para interromper ou abandonar o tratamento, como consequência destas alterações o seu estado de saúde tende muitas vezes a agravar-se e culmina num reinternamento.

Várias tentativas foram estudadas no sentido de tentar melhor a adesão terapêutica e os resultados da medicação a médio e longo prazo na área da saúde mental, mas a necessidade de contar com a disciplina do doente era quase sempre constante. A medicina foi avançando até que aproximadamente há 40 anos surgem os primeiros fármacos de efeito prolongado - depot. Com o aparecimento destes medicamentos surgiu também a esperança de poder de incrementar as taxas de sucesso terapêutico da doença mental o que felizmente tem sido uma realidade.

Citando BECHELI (2003, p. 343) “é comum o baixo nível de aderência, particularmente, quando se exigem procedimentos de tratamento ou emprego contínuo de medicamento durante período prolongado. É o que se observa em diversas condições e doenças, como, por exemplo, hemodiálise, hipertensão arterial, epilepsia, tuberculose, diabetes, artrite reumatoide, esquizofrenia, depressão maior e transtorno afetivo bipolar.” Atendendo a esta perspectiva a grande vantagem que os medicamentos trouxeram foi a possibilidade de prevenir novos episódios da doença e novos reinternamentos. Isto acontece pela melhoria da adesão à terapêutica, uma vez que a administração do fármaco é espaçada e fica a marcação e administração geralmente a cargo do profissional de saúde. Esta co-responsabilização (doente e profissional) não é só desejável como também estritamente necessária, pois estudos feitos no final da década de 90 evidenciam que apenas cerca de 40% dos doentes cumpria a sua medicação de forma correta após a alta hospitalar, o que não deixa de ser um valor preocupante.

Esta dificuldade de adesão à terapêutica pode ser associada a vários fatores tais como incapacidade por parte do doente (por exemplo, desorganização ou

défice cognitivo), falta de insight, incapacidade de estabelecer a ligação entre a quebra da toma da medicação e as recaídas, efeitos adversos dos medicamentos e a falta de apoio da família.

Pela experiência que tenho vindo a ter a administração da medicação depot pode ser feita tanto no domicílio do doente, perante a reunião de uma série de aspetos que justifiquem esta medida ou então através da deslocação física do doente até à unidade de saúde. Por outro lado, tendo em conta que o doente com saúde mental não costuma estar incluído no grupo que mais habitualmente frequenta as unidades de saúde em “busca de ajuda ou cuidados” o momento destinado à administração do depot deverá ser entendido como muito mais do que a administração de um fármaco. É muitas vezes através deste contacto que é possível perceber como está a desenvolver-se a vida destes doentes no contexto social. É um momento de aproximação e contacto do doente com a unidade de saúde ou com a sua equipa que irá proporcionar uma avaliação importante. Por outro lado, mesmo se acontecer alguma falha e a medicação não puder ser administrado precisamente na data prevista existe algum tempo de tolerância que não confere nenhum tipo de consequências drásticas para o tratamento, como a interrupção imediata do fármaco, tendo em conta que a semi-vida é extremamente elevada. Por todas estas vantagens BECHELI (2003) refere que nesta altura aproximadamente 45,6% dos doentes mentais com esquizofrenia em Portugal recebiam tratamento regular com depot o que são valores interessantes acima da média europeia.

Geralmente durante o procedimento de administração do fármaco são feitas várias perguntas ao doente, sobre como está, como se tem sentido, se tem dormido por forma a sentir-se renovado, se sente que a sua doença está controlada, como tem sido enfrentar o trabalho ou a família...entre vários outros temas. É certo que a administração do fármaco é de extrema importância visto que fica certo que a administração foi realizada e na dose prescrita sem falhas, mas a interação proporcionada no momento de contacto com o doente mental é deveras relevante e não pode ser de modo algum minimizada pelo profissional de saúde – é, efetivamente, mais um momento de contacto crucial para avaliar o risco do doente e a sua inserção social.

Pela ótica do enfermeiro especialista o desafio consiste em poder aproveitar o momento da administração terapêutica, que geralmente tem um intervalo estimado de 15 dias, para fazer algum seguimento ao doente. De uma certa forma, é um momento de follow-up, de avaliação que poderá ser muito importante para o despista de alterações e possibilidade de intervenção precoce da equipa interdisciplinar de saúde mental da unidade de saúde.

## **BIBLIOGRAFIA**

BECHELI, LPC. - Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia. Parte I. Fundamentos do seu desenvolvimento, benefícios e nível de aceitação em diferentes países e culturas. Revista Latino-americana de Enfermagem. Vol. 11, n.º 3 (Maio-Junho 2003), p. 341-349.



## **Apêndice XI – Cartaz da ação de formação em serviço**

# AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO PARA ENFERMEIROS

## INFECÇÃO POR MRSA CONCEITOS E PRECONCEITOS



18 DEZEMBRO 2012

14:30

SALA POLIVALENTE

Enf. Almerinda Graça

Enf. Carlos Monteiro

**Apêndice XII – Diapositivos utilizados na ação de formação em  
serviço**



### OBJECTIVO GERAL

- Sensibilizar a equipa de saúde para a importância do seu papel no controlo de infeção associada aos cuidados de saúde;

### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Definir infeção associada aos cuidados de saúde;
- Definir precauções padrão;
- Identificar os diversos tipos de isolamento;
- Identificar as precauções associadas à transmissão do Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)

### TEMAS A ABORDAR

- Definição de conceitos
- Precauções padrão
- Tipo de isolamento
- Precauções associadas à transmissão do Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)

### CONCEITOS

- **Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)**
  - É uma infeção decorrente não apenas do internamento hospitalar mas adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

### CONCEITOS

- **Infeção**
  - Ocorre quando o agente infeccioso se torna agressivo para o hospedeiro, provocando doença.
- **Fonte de Infeção**
  - As fontes ou reservatórios de microrganismos, geralmente, são os profissionais de saúde, pacientes, ocasionalmente visitantes ou materiais e equipamentos colonizados por microrganismos patogénicos.

### PRECAUÇÕES PADRÃO

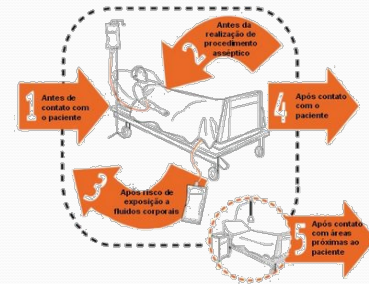
- Aplicam-se a **todos os clientes** independentemente do diagnóstico, por **todos os profissionais**, em **todas as situações**;
- As Precauções Padrão são um conjunto de medidas utilizadas para diminuir os riscos de transmissão de microrganismos nos hospitais;
- Protegem os profissionais e protegem os clientes;
- Previnem a infeção cruzada.

## PRECAUÇÕES PADRÃO

- Higienização das Mãos;
- Utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- Manuseamento e Processamento de Material Contaminado;
- Saúde e Segurança dos Profissionais;
- Higienização do Ambiente.

## PRECAUÇÕES PADRÃO

- Higienização das Mãos



## PRECAUÇÕES PADRÃO

- Higienização das Mãos



## PRECAUÇÕES PADRÃO

- Utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)
  - Luvas
    - Estéreis, não estéreis
  - Avental
  - Batas
  - Máscara
    - Cirúrgica, resistente a fluidos, de partículas Tipo P1 ou P2
  - Touca
  - Óculos de proteção

## TIPOS DE ISOLAMENTO

- ISOLAMENTO PROTECTOR
  - **Em doentes que estão imunocomprometidos**, criando-se barreiras físicas que visam a sua própria proteção em relação aos restantes doentes e pessoal da enfermaria onde se encontram internados.
- ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO
  - **Em doentes que são a própria fonte de infecção ou colonização**, criando-se barreiras que visam a proteção dos restantes doentes e pessoal da enfermaria onde se encontram internados.

## TIPOS DE ISOLAMENTO

- ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO
  - Transmissão por contacto
    - É o modo mais comum de transmissão de infeções hospitalares. Envolve o contacto direto (pessoa-pessoa) ou indireto (objetos contaminados, superfícies ambientais, itens de uso do paciente, roupas, etc.) promovendo a transferência física de microrganismos epidemiologicamente importantes para um hospedeiro suscetível
  - Transmissão por via respiratória
    - **Gotículas**
      - Disseminação de gotículas que podem ser geradas durante a tosse, espirro, conversação ou realização de alguns procedimentos, que podem ir até um metro de distância.
    - **Aerossol**
      - Ocorre por partículas eliminadas durante a respiração, fala, tosse ou espirro que permanecem suspensas no ar, podendo permanecer por horas, atingindo outros ambientes, inclusive áreas adjacentes, pois podem ser transportadas por correntes de ar.

## TIPOS DE ISOLAMENTO

	CONTACTO	GOTÍCULAS	AEROSSOL
Quarto	Individual (1)	Individual (1)	Pressão Negativa
Luvas	X	X	X
Avental	X		
Bata	X (2)	X	X
Máscara		Cirúrgica (3) (4)	P2 (3)/Cirúrgica (4)
NOTAS:	(1) Ou comum para mesmo microorganismo		
	(2) Alternativa ao avental		
	(3) Obrigatória para todos os que entrarem no quarto		
	(4) Obrigatória para o doente se for transportado		

## MRSA

- A bactéria *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) é um dos agentes patogénicos humanos com maior relevância a nível hospitalar e tem surgido recentemente também como causa de infeções em pessoas saudáveis na comunidade;
- A ocorrência cada vez mais frequente de microrganismos resistentes aos antimicrobianos como o *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) constitui uma preocupação importante;
- A disseminação de estirpes multi-resistentes de MRSA dá-se geralmente através da contaminação transitória das mãos dos profissionais de saúde.

## MRSA

- São as seguintes as precauções a adotar para a prevenção da disseminação do MRSA epidémico:
  - Minimizar a transferência, entre serviços, de doentes e de profissionais.
  - Promover a deteção precoce de casos, especialmente quando provenientes de outro hospital; o rastreio dos doentes de alto risco pode ser uma das abordagens.
  - Isolar os doentes infetados ou colonizados em quarto individual, unidade de isolamento ou coorte numa enfermaria maior.
  - Reforçar a lavagem das mãos, pelos profissionais, após contacto com doentes infetados ou colonizados; considerar a utilização de anti-séptico, preferencialmente de base alcoólica.

## MRSA

- Utilizar luvas para manusear materiais contaminados com MRSA, ou no contacto com doentes infetados ou colonizados.
- Utilizar bata ou avental para manusear materiais contaminados ou no contacto com doentes infetados ou colonizados.
- Considerar o uso de anti-séptico no banho diário dos doentes portadores ou infetados.
- Assegurar o manuseamento e eliminação cuidadosos de dispositivos, resíduos, roupas, etc.

## BIBLIOGRAFIA

- Prevenção da Infeção Adquirida no Hospital-Um Guia Prático, 2ª Edição, Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge;
- Nunes, Maria João Velez, Tese de mestrado, Doenças Infecciosas Emergentes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2011;
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, Direcção Geral de Saúde do Ministério da Saúde ([www.dgs.pt](http://www.dgs.pt))